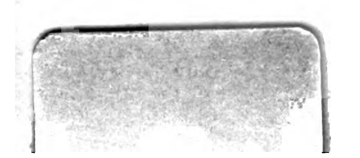


JOURNAL
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE,

PUBLIÉ

Par la Société des Sciences Médicales et Naturelles
DE BRUXELLES.

SOUS LA DIRECTION D'UN COMITÉ

COMPOSÉ DE

MM. **DIEUDONNÉ**, D.-M., *Rédacteur principal*. Président de la Société, Membre du Conseil central de salubrité publique et du Conseil supérieur d'hygiène, Secrétaire de la Commission de statistique du Brabant, Correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

CROCQ, D.-M., *Secrétaire de la Société,* membre de plusieurs sociétés savantes.

JOLY. D.-M., Chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre, Médecin légiste du Tribunal de Bruxelles, Membre du Conseil de salubrité, etc.

LEROY, Pharmacien, Collaborateur au Journal de Chimie médicale, de pharmacie et de toxicologie de Paris, Membre de la Commission médicale de Bruxelles, du Conseil central de salubrité publique, etc.

RIEKEN, D.-M., Médecin de S. M. le Roi des Belges, Membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique et de plusieurs Académies et Sociétés savantes régnicoles et étrangères.

12me ANNÉE. — 18me VOLUME.

BRUXELLES,

J. B. TIRCHER, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,
RUE DE L'ÉTUVE, N° 20.

1854


BOSTON MEDICAL
JUL 12 1897
LIBRARY.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES,

FONDÉE EN 1822.

Tableau des Membres.

S. M. LE ROI, Protecteur.

MM. le baron DE STASSART, président honoraire.
LIEDTS, ministre des finances, etc., président honoraire.

BUREAU :

MM. DIEUDONNÉ, président.
RIEKEN, vice-président.
LEROY, trésorier.
CROCQ, secrétaire.
VAN DEN CORPUT, secrétaire-adjoint.
HENRIETTE, bibliothécaire.

MEMBRES TITULAIRES :

MM. le baron SEUTIN, président honoraire, l'un des fondateurs de la Société.
LEROY, pharmacien, élu le 6 août 1832.
DAUMERIE, D.-M., président honoraire, élu le 11 juillet 1836.
RIEKEN, D.-M., médecin de S. M. le Roi des Belges, élu le 1er octob. 1838.
DIEUDONNÉ, D.-M., membre du Conseil supér. d'hyg., élu le 17 avril 1841.
JOLY, D.-M., médecin légiste, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre.
MARTIN, D.-M., médecin de l'hospice des Orphelines, élu le 6 février 1843.
GRIPEKOVEN, pharmacien, élu le 12 juin 1843.
PIGEOLET, D.-M., professeur à l'Université de Bruxelles, médecin à l'hôpital Saint-Pierre, élu le 7 août 1843.
BOUGARD, D.-M., élu en novembre 1844.
DELSTANCHE, D.-M., élu le 2 décembre 1844.
HENRIETTE, D.-M., méd. de l'hospice des Enfants-Trouvés, élu le 2 mars 1846.
VAN DEN CORPUT, docteur en sciences, élu le 3 mai 1847.
CROCQ, D.-M., prof. agrégé à l'Université de Brux., élu le 1er sept. 1851.
PERKINS, D.-M., élu le 1er décembre 1851.
THIRY, D.-M., prof. de pathol. chirurg. à l'Univ. de Brux., élu 2 mai 1853.
KOEPL, D.-M., chirurgien du Roi, élu le 7 novembre 1853.

MEMBRES HONORAIRES :

MM. NAEGHELS, D.-M., ancien médecin du Dépôt de Mendicité de la Cambre, à Bruxelles, élu le 8 novembre 1827.
VANDERLINDEN, D.-M., à Bruxelles, élu le 8 novembre 1827.
VAN TILBORGH, père, pharmacien, élu le 18 décembre 1827.
PH. VANDERMAELEN, directeur de l'Etablissement Géographique à Bruxelles, élu le 20 juin 1836.

MM. QUETELET, directeur de l'Observatoire, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, élu le 20 juin 1836.
VERDEYEN, D.-M., à Bruxelles, élu le 7 octobre 1836.
ED. DUCPETIAUX, inspecteur général des prisons, membre du Conseil supérieur d'hygiène, élu le 1er octobre 1838.
VAN ROOSBROECK, D.-M., professeur à l'Université de Gand.
MEISSER, D.-M., professeur à l'Université de Brux., élu le 4 juillet 1842.
VLEMINCKX, inspecteur général du service de santé de l'armée belge, élu le 6 février 1843.
DE HEMPTINNE, pharmacien, membre des Académies des Sciences et de Médecine, à Bruxelles, élu le 3 avril 1843.
Le baron DE STOCKMAR, conseiller intime de S. M. le Roi des Belges, à Cobourg, élu le 12 juin 1843.
SCHLEISS DE LOEWENFELD (C.-R.), D.-M., à Amberg (Haut-Palatinat, Bavière), élu le 3 mars 1845.
TALMA, dentiste de S. M. le Roi des Belges, élu le 2 février 1846.
UYTTERHOEVEN (André), D.-M., professeur à l'Université de Bruxelles, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean, élu le 8 novembre 1852.
VAN HUEVEL, D.-M., professeur à l'Université de Bruxelles, chirurgien de l'hospice de la Maternité, élu le 3 janvier 1853.
FALLOT, D.-M., médecin en chef honoraire de l'armée, élu le 4 juillet 1853.
HEYFELDER, D.-M., prof. à l'Université d'Erlangen, élu le 1er août 1853.

MEMBRES CORRESPONDANTS RÉGNICOLES :

MM. HENSMANS, pharm., prof. à l'Université de Gand, élu le 7 juillet 1823.
Le chevalier de KIRCKHOFF, D.-M., à Anvers, élu le 8 novembre 1824.
LEROY, D.-M., à Soignies, élu le 7 mars 1825.
DELAHAYE, D.-M., à Bruges, élu le 2 mai 1825.
GOUZÉE, médecin principal de l'armée, à Anvers, élu le 4 juillet 1825.
DE COURTRAY, D.-M., à Mons, élu le 3 octobre 1825.
FROMONT, D.-M., médecin de garnison, à Gand, élu le 30 janvier 1826.
LUTENS, D.-M., professeur à l'Université de Gand, élu le 6 novembre 1826.
PIÉRARD, D.-M., à Charleroy, élu le 11 juillet 1827.
FRANÇOIS, D.-M., prof. à l'Université de Louvain, élu le 18 déc. 1827.
ROUTET, D.-M., à Anvers, élu le 4 février 1828.
LADOS, D.-M., professeur à l'Université de Gand, élu le 1er juin 1829.
MORREN (Ch.), docteur en sciences, professeur à l'Université de Liége, élu le 5 septembre 1831.
LEJEUNE, D.-M., à Verviers, élu en 1833.
GUISLAIN, D.-M., professeur à l'Université de Gand, élu le 4 août 1834.
DE CONINCK, D.-M., professeur à l'Université de Liége, élu le 5 janv. 1836.
BURGGRAEVE, D.-M., professeur à l'Université de Gand, élu le 20 juin 1836.
BOSCH (Joseph), D.-M., à Bruxelles, *idem.*
VAN COETSEM, D.-M., professeur à l'Université de Gand, *idem.*
DE NOBELE, D.-M., à Gand, *idem.*
LOMBARD, D.-M., professeur à l'Université de Liége, *idem.*
CRANINCKX, D.-M., professeur à l'Université de Louvain, *idem.*
DUBOIS, D.-M., à Tournai, *idem.*
BODART, D.-M., à Évrehailles (province de Namur), élu le 5 sept. 1836.
PHILIPPART, D.-M., à Tournai, élu le 7 novembre 1836.
DELBRUYÈRE, D.-M., à Fontaine-l'Évêque (Hainaut), *idem.*
KICKX, docteur en sciences, prof. à l'Univ. de Gand, élu le 3 juillet 1837.
MATTHYSSENS, D.-M., à Anvers, élu le 7 août 1837.
DUMORTIER, naturaliste, membre de la Chambre des repr., élu le 4 sept. 1837.
WESTENDORP, D.-M., médecin de régiment, élu le 6 novembre 1837.
BROECKX, D.-M., à Anvers, élu le 4 décembre 1837.

MM. Sovet, D.-M., à Beauraing (province de Namur), élu le 4 décembre 1837.
Davreux, pharmacien et naturaliste, à Liége, élu le 3 janvier 1838.
Tinant, botaniste, à Luxembourg, *idem.*
Van Haesendonck, chirurgien, à Anvers, élu le 11 juin 1838.
Schoenfeld (Martin), D.-M., à Charleroi, *idem.*
Frankinet, D.-M., professeur à l'Université de Liége, élu le 6 août 1838.
Baugniet (Henri), naturaliste, à Enghien, *idem.*
Vandermaelen (François), botaniste, à Bruxelles, *idem.*
Gluge, D.-M., professeur à l'Université de Bruxelles, *idem.*
Galeotti, naturaliste, à Saint-Josse-ten-Noode, élu le 5 novembre 1838.
Nyst, membre de l'Académie des Sciences, à Louvain, élu le 3 déc. 1838.
Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie, à Bruxelles, *idem.*
Le comte Gaston d'Auxy, natural., à Musmuy-St-Pierre (Hainaut), *idem.*
Raikem, D.-M., professeur à l'Université de Liége, élu le 6 mai 1839.
Cutler, D.-M., à Spa.
Lambotte, docteur en sciences, à Namur.
Henrotay, D.-M., médecin de régiment, à Mons.
Jourdain, D.-M., à Binche (Hainaut).
Decondé, D.-M., médecin de régiment.
Hairion (Frédéric), D.-M., prof. à l'Univ. de Louvain, élu le 3 août 1840.
Vandenbroeck (Victor), professeur de chimie à l'École des mines, à Mons, élu le 5 octobre 1840.
Delhaye, D.-M., à Montignies-sur-Roc (Hainaut), élu le 1er février 1841.
Midavaine, D.-M., médecin de garnison, à Liége, élu le 1er mars 1841.
De Meyer, D.-M., à Bruges, élu le 5 avril 1841.
Denis, ingénieur, à Herve, élu le 5 juillet 1841.
Jacquet, D.-M., à Braine-le-Comte, élu le 4 octobre 1841.
Pasquier, pharm. de 1re classe à l'hôpital milit. de Liége, élu le 3 oct. 1842.
Rul-Ogez, D.-M., à Anvers, élu le 9 janvier 1843.
Borlée, D.-M., professeur agrégé à l'Université de Liége, *idem.*
Berchem, D.-M., à Anvers, élu le 12 juin 1843.
Verhaeghe, D.-M., à Ostende, élu le 4 décembre 1843.
Van Meerbeeck (P. J.), D.-M., à Anvers, élu le 8 janvier 1844.
Demoor fils, D.-M., à Alost, élu le 5 février 1844.
Lepoutre, D.-M., à Poperinghe, élu le 1er avril 1844.
Delcour, D.-M., à Verviers, *idem.*
Le chevalier de le Bidart de Thumaide, à Liége, élu le 6 mai 1844.
Delwart, prof. à l'École vétérinaire, à Cureghem, élu le 7 juillet 1845.
Lowet, D.-M., à Wommerson-lez-Tirlemont, *idem.*
Mussche, D.-M., à Hal, élu le 1er septembre 1845.
Bernier (Jules), D.-M., à Mons, élu le 6 juillet 1846.
Malcorps, D.-M., à Louvain, *idem.*
Thiernessé, professeur à l'École vétérinaire, à Cureghem, *idem.*
Binard, D.-M., à Charleroi, élu le 13 avril 1847.
Van den Broeck (J.-B.), D.-M., médecin principal de l'armée, à Mons, élu le 7 juin 1847.
Goris (Ch.), pharmacien à Herenthals, élu le 5 juin 1847.
Hélin, dit Colson, D.-M., à Perwez, élu le 3 janvier 1848.
Michel, D.-M., à Fraipont, élu le 6 mars 1848.
Segers, D.-M., chirurg. à l'hôpital civil, à St-Nicolas, élu le 3 juillet 1848.
Cakemberg, D.-M., à Silly, *idem.*
D'Harveng, D.-M., à Écaussines-d'Enghien (Hainaut), élu le 4 nov. 1850.
Sanclus, D.-M., à Bruxelles, élu le 1er septembre 1851.
Swéron, D.-M., à Haeght, élu le 1er décembre 1851.
Vaust (Jos.), D.-M., agrégé à l'Université de Liége, élu le 1er août 1853.
Lesoille, D.-M., à Rebecq-Rognon, *idem.*
Michaux, D.-M., prof. à l'Université de Louvain, élu le 3 octobre 1853.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM. Desgranges, D.-M., à Lyon, élu le 6 décembre 1824.
Bégin, D.-M., membre de l'Acad. nation. de Paris, élu le 31 déc. 1825.
Van den Bosch, D.-M., à Rotterdam, élu le 5 décembre 1825.
Jorritsma, D.-M., à Hoorn, *idem.*
Colson, D.-M., à Montdidier, élu le 1er mai 1826.
Pihorel, D.-M., à Rouen, élu le 18 avril 1827.
Poletti, D.-M., professeur à l'Université de Ferrare, élu le 5 mars 1827.
Pierquin, D.-M., à Montpellier, élu le 18 décembre 1827.
Peranza, D.-M., professeur de l'Université de Parme, élu le 1er sept. 1828.
Charpentier, D.-M., à Valenciennes, élu le 22 septembre 1828.
Fée, professeur d'histoire naturelle, à Strasbourg, élu le 6 octobre 1828.
Jalade-Lafond, D.-M., à Paris, élu le 8 mai 1829.
Wutzer, D.-M., professeur à l'Université de Bonn, élu le 6 juillet 1829.
Meylinck, pharmacien, à Deventer, *idem.*
Anquetin, D.-M., à Paris, élu le 19 avril 1829.
Larrey (Hyppolite), D.-M., membre de l'Académie de médecine de Paris, élu le 15 février 1832.
Forget, D.-M., chirurgien-major de l'armée française, élu le 4 mars 1833.
Lereboullet, D.-M., prof. à la Faculté de Strasbourg, élu le 1er juill. 1833.
Demoléon, Direct. de la Soc. Polytechnique de Paris, élu le 2 déc. 1833.
Chardon, D.-M., à Lyon, *idem.*
Lafosse, D.-M., à Caen, élu le 3 février 1834.
Stoltz, D.-M., profess. à la Faculté de Strasbourg, élu le 1er déc. 1834.
Brierre de Boismont, D.-M., à Paris, élu le 2 février 1836.
Ratier (F. S.), D.-M., à Paris, *idem.*
Moreau, D.-M., professeur à la Faculté de Paris, élu le 20 juin 1836.
Bouillaud, *idem.* *idem.*
Andral, *idem.* *idem.*
Cruveilhier, *idem.* *idem.*
Velpeau, *idem.* *idem.*
Chomel, *idem.* *idem.*
Roux, *idem.* *idem.*
Malgaigne, *idem.* *idem.*
Guérin (Jules), D.-M., rédacteur de la *Gaz. médicale de Paris*, *idem.*
Lombard, D.-M., à Genève, *idem.*
Clarke, D.-M., à Londres, *idem.*
Malle, D.-M., prof. agrégé à la Faculté de Strasbourg, élu le 8 août 1836.
Desalleurs, sec. perpét. de l'Acad. des sciences de Rouen, élu le 5 sept. 1836.
Fantoniretti, D.-M., professeur à l'Université de Milan, *idem.*
Nees d'Esenbeck, professeur à l'Université de Breslau, *idem.*
Kanchorski, président de l'Acad. médico-chirurg. de Wilna, *idem.*
Despretz, professeur de physique à Paris, élu le 13 février 1837.
Bachmann, prof. de géologie à l'Université de Jéna, *idem.*
Lordat, D.-M., professeur à la Faculté de Montpellier, élu le 5 juin 1837.
Lallemand, D.-M., ancien professeur à la Faculté de Montpellier, à Paris, élu le 5 juin 1837.
Sichel, D.-M., professeur d'ophthalmologie, à Paris, élu le 5 juin 1837.
Civinini, D.-M., professeur à l'Université de Pise, élu le 3 juillet 1837.
Giraldès (A.), D.-M., à Paris, élu le 7 août 1837.
Damase-Arbaud, D.-M., sec. du Cercle méd. de Montp., élu le 4 sept. 1837.
Ramon de la Sagra, D.-M., à Madrid, *idem.*
Mlle Libert, botaniste, à Malmédy, *idem.*
Civiale, D.-M., membre de l'Acad. de méd. de Paris, élu le 2 oct. 1837.
Humboldt, à Berlin, *idem.*

MM. KUHNHOLTZ, D.-M., prof. à la Faculté de Montpellier, élu le 2 oct. 1837.
CAZENAVE, D.-M., à Bordeaux, élu le 6 novembre 1837.
PÉTREQUIN, D.-M., chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, élu le 4 déc. 1837.
PUTEGNAT, D.-M., à Lunéville, *idem.*
ARIAS, président de l'Acad. royale des sciences de Madrid, *idem.*
GASCO, membre de l'Acad. royale des sciences de Madrid, *idem.*
BLANCO, *idem.* *idem.*
PHILLIPS, D.-M., à Paris, *idem.*
BRERA, chimiste, à Venise, élu le 8 janvier 1838.
SCARPELLINI, D.-M., professeur à l'Université de Rome, *idem.*
MUNARET, D.-M., à Lyon, élu le 5 février 1838.
PRIEGER, D.-M., à Kreuznach, élu le 5 mars 1838.
CARRON DU VILLARDS, D.-M., au Brésil, *idem.*
JÜNGKEN, D.-M., professeur à l'Université de Berlin, chirurgien à l'hôpital de la Charité, élu le 5 mars 1838.
GUÉRIN, naturaliste à Paris.
CASPER, D.-M., ancien prof. à l'Université de Berlin, élu le 2 avril 1838.
KOPP, D.-M., à Hanau, *idem.*
POPKEN, D.-M., à Jever, *idem.*
SIMON, D.-M., à Hambourg, *idem.*
BRUCK, D.-M., à Osnabruck, *idem.*
DROSTE, D.-M., à Osnabruck, *idem.*
AMICI, professeur de physique, à Florence, *idem.*
FOSSATI, D.-M., à Paris, *idem.*
GRECO, D.-M., à Palerme, *idem.*
MARC D'ESPINE, D.-M., à Aix en Savoie, *idem.*
MOUSTAFA SUBSKEY, Direct. Gén. du serv. de santé, au Caire, *idem.*
GRAHAM, professeur de botanique, à Édimbourg, *idem.*
LUPPI, D.-M., professeur à l'Université de Rome, *idem.*
SUCKARI-MOHAMMED, Directeur Général du serv. de santé, à Alexandrie, élu le 2 avril 1838.
ALI-MOHAMMED, Direct. Gén. du serv. de santé, à Damiette, *idem.*
MATTEUCCI, physicien, à Forli, *idem.*
CAFFE, D.-M., à Paris, élu le 7 mai 1838.
MIRBEL, naturaliste, à Paris, *idem.*
GAUDICHAUD, natur., à Paris, *idem.*
WOLLICH, D.-M., à Calcutta, *idem.*
CHABERT (J. L), D.-M., au Mexique, *idem.*
CLOT-BEY, D.-M., membre de l'Acad. de méd. de Paris, élu le 11 juin 1838.
LUCIEN-CHARLES BONAPARTE, prince de Canino, à Paris, *idem.*
REVOLAT, D.-M., à Bordeaux, élu le 2 juillet 1838.
MACEDO, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences de Lisbonne, élu le 6 août 1838.
SERRES (d'Uzès), D.-M., à Alais (France), élu le 6 août 1838.
RICORD, D.-M., chirurgien de l'hôpital du Midi, à Paris, élu le 8 août 1838
HODGKIN (Thomas), prof. à l'hôpital de Guy, à Londres, *idem.*
BOTTEX, D.-M., à Lyon, élu le 1er octobre 1838.
DUMÉRIL, D.-M., professeur de la Faculté de Paris, élu le 1er octobre 1838.
PANIZZA, professeur à l'Université de Pavie, *idem.*
PÉLIGOT, docteur en sciences, à Paris, *idem.*
DE STOSCH, médecin de la Reine de Prusse, à Berlin, élu le 6 avril 1840.
Le baron D'HOMBRES-FIRMAS, docteur en sciences, à Alais (France), élu le 4 mai 1840.
PHOEBUS, D.-M., à Giessen, élu le 4 mai 1840.
BIDART, D.-M., à Arras, *idem.*
SCHREUDER, D.-M., prof. à l'École de méd. de Rotterdam, élu le 4 mai 1840.
LESSING, D.-M., à Berlin, élu le 1er juin 1840.

MM. FRECH (Charles), D.-M., à Baden-Baden, élu le 3 août 1840.
Le chev. D'AMMON, D.-M., prof. à l'Université de Dresde, élu le 3 août 1840.
CHOLET, D.-M., à Beaume-le-Rolande (départ. du Loiret), *idem.*
BREFELD (François), D.-M., à Ham, *idem.*
DOERING (A.-J.-G.), D.-M., médecin des eaux, à Ems, *idem.*
MOELER (G.-H.), D.-M., doct. en philosophie, à Cassel, élu le 7 sept. 1840.
CHEVALLIER, pharm., membre de l'Acad. de méd. de Paris, élu le 5 oct. 1840.
MEISNER, D.-M., à Leipzig, élu le 5 octobre 1840.
SZOKALSKI, D.-M., à Paris, *idem.*
PIRONDI (Syrus), D.-M., à Marseille, *idem.*
DESRUELLES, D.-M., à Paris, élu le 2 novembre 1840.
SNABILIÉ, inspecteur général du service de santé de l'armée hollandaise, à La Haye, élu le 9 novembre 1840.
SCHNEIDER, conseiller médical, médecin du grand bailliage d'Offenbourg, élu le 1er février 1841.
SCHURMAYER, méd. de bailliage, à Emmendingen, *idem.*
RIECKE, D.-M., à Stuttgart, *idem.*
HYE, D.-M., à Amsterdam, *idem.*
KOSCIAKIEWICZ, D.-M., à Rive-de-Gier (France), *idem.*
ROESCH, médecin de bailliage, à Schwenningen, élu le 1er mars 1841.
HAESER, D.-M., rédact. des *Archives méd. allemandes,* élu le 7 juin 1841.
LOCHER-BALBER, D.-M., prof. à l'Université de Zurich, *idem.*
DE SIEBOLD (C.-J.), D.-M., à Gottingen, *idem.*
LACORBIÈRE, D.-M., à Paris, élu le 2 août 1841.
MULLER (J.-B.), pharm., conseiller médic., à Emmerich, élu le 4 oct. 1841.
WEITENWEBER, D.-M., à Prague, *idem.*
MEZLER VON AUDENBERG, D.-M., à Prague, *idem.*
GOBÉE, chirurgien-major, à Amsterdam, élu le 8 novembre 1841.
BERTINI, D.-M., conseiller de la Faculté de médecine à l'Université de Turin, élu le 8 novembre 1841.
DUVERNOY, D.-M., à Strasbourg, élu le 3 janvier 1842.
MEYER, D.-M., à Dresde, *idem.*
DE BACH, méd. du gr.-duc d'Oldenbourg, à Oldenbourg, élu le 7 fév. 1842.
BRUEL, méd. du grand-duc d'Oldenbourg, à Oldenbourg, *idem.*
GEIGEL (Martin), D.-M., à Würzbourg, *idem.*
DIETRICH, D.-M., à Munich, *idem.*
RAMISCH (F.-X.), D.-M., à Prague, élu le 7 février 1842.
BELLINI, D.-M., à Pise, *idem.*
DE BOURGE, D.-M., à Rollot (Somme), élu le 7 mars 1842.
KERST, D.-M., à Utrecht, *idem.*
STILLING, D.-M., à Cassel, élu le 4 avril 1842.
CZYKANEK, D.-M., à Vienne, élu le 7 novembre 1842.
NEUMEISTER, D.-M., à Leipzig, *idem.*
ALBERS, D.-M., secrétaire du Cercle médical de Prusse, à Berlin, élu le 9 janvier 1843.
KASTNER, professeur de physique à Erlangen, élu le 9 janvier 1843.
ROSENBAUM, D.-M., prof. à l'Univ. de Halle (Prusse), *idem.*
EHRHART D'EHRHARTSTEIN, D.-M., proto-medicus, à Insbruck (Tyrol), élu le 9 janvier 1843.
LEUPOLDT, D.-M., professeur à l'Université d'Erlangen, élu le 9 janv. 1843.
BIGOT, D.-M., à Lormois (Orne), *idem.*
ROSHIRT, D.-M., professeur à l'Université d'Erlangen, élu le 9 janv. 1843.
WETZLAR, D.-M., à Aix-la-Chapelle, élu le 6 février 1843.
PAYAN, D.-M., chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu, à Aix, en Provence, élu le 6 février 1843.
ERICHSEN, prof. à l'hôp. d'*University college,* à Londres, élu le 6 fév. 1843.
CHRESTIEN, D.-M., prof. à la Faculté de Montpellier, élu le 3 avril 1843.

MM. Feder, D.-M., à Munich, élu le 12 juin 1843.
Schleiss de Loewenfeldt (fils), D.-M., à Munich, élu le 12 juin 1843.
Martius, D.-M., prof. à l'Université d'Erlangen, *idem.*
Siegmund, D.-M., prof. à l'Université de Vienne, *idem.*
Schrader, D.-M., memb. de la Soc. de méd. de Hambourg, *idem.*
Rothenburg, D.-M., *idem*, *idem.*
Nathan, D.M., *idem*, *idem.*
Siemers, D.-M., *idem*, *idem.*
Gerson, D.-M., réd. en chef du *Journ. de méd. de Hamb.*, *idem.*
Sommers, D.-M., conseiller médical, à Cobourg, *idem.*
Alexander, D.-M., à Cobourg, *idem.*
Hecker, D.-M., prof. à l'Univ. de Fribourg, en Brisgau, *idem.*
Horn, D.-M., prof. à l'Univ. d'Erfurt, *idem.*
Bonafond, D.-M., membre de l'Acad. de méd. de Paris, *idem.*
Biagi (L.), D.-M., prof. à l'Université de Florence, *idem.*
Herberger, D.-M., à Kaiserslautern (Bavière), élu le 4 septembre 1843.
Meyer (Fr.-Gustave), D.-M., à Berlin, élu le 6 novembre 1843.
Duparc, D.-M., à Amsterdam, *idem.*
Herz, D.-M., à Erlangen, *idem.*
Albers, D.-M., prof. à l'Univ. de Bonn, *idem.*
Rosenhauer, D.-M., conservateur des cabinets de l'Université d'Erlangen, élu le 6 novembre 1843.
Girardin, professeur de chimie à Rouen, élu le 6 novembre 1843.
Bernard (C.-A.), D.-M., directeur de la Clinique médicale, à Constantinople, élu le 4 décembre 1843.
Berndt, D.-M., à Greifswald, élu le 4 décembre 1843.
Engelmann, D.-M., à Kreuznach, *idem.*
Isensée (E.), D.-M., professeur à l'Université de Berlin, élu le 4 déc. 1843.
Ali Cohen, D.-M., à Groningue, élu le 8 janvier 1844.
Nesper, D.-M., à Vienne, *idem.*
Hetlaerts, chirurgien-accoucheur, à Bréda, élu le 5 février 1844.
Groshans (G. P.), lect. à l'École de méd. de Rotterd., élu le 4 mars 1844.
Bley, pharmacien, directeur du Cercle des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale, à Bernbourg (Anhalt), élu le 7 juillet 1845.
Berthold, D.-M., à Göttingue, *idem.*
D'Aumerie, D.-M., à Scheveningue, *idem.*
Bruinsma, pharmacien, à Leeuwarden, *idem.*
Schmitt, D.-M., à Bingen, *idem.*
Bibra, D.-M., à Schwebheim, près de Schweinfurt, *idem.*
Wunderlich, D.-M., professeur à l'Université de Tubingue, *idem.*
Venot, D.-M., à Bordeaux, *idem.*
Otterburg, D.-M., à Paris, *idem.*
Carpentier-Méricourt, D.-M., à Paris, *idem.*
Szerlecki, D.-M., à Mulhouse, *idem.*
Escolar, D.-M., secrét. de l'Acad. médico-chirurg. de Madrid, *idem.*
Gintrac (H.), D.-M., à Bordeaux, élu le 1er septembre 1845.
Dancel, D.-M., à Paris, élu le 6 avril 1846.
Gerbaud, D.-M., à Lyon, élu le 6 juillet 1846.
Serré, D.-M., à Arras, *idem.*
Hubert-Valleroux, D.-M., à Paris, *idem.*
Bassow, D.-M., prosecteur à l'Université de Moscou, *idem.*
Zimmermann, D.-M., à Ottweiler, élu le 5 octobre 1846.
Heidler (C. J.), D.-M., à Marienbad, *idem.*
Bartenstein, D.-M., à Hildburghausen, élu le 5 juillet 1847.
Henschel, D.-M., professeur à l'Université de Breslau, *idem.*
Bleeker D.-M., à Batavia, *idem.*
Bertherand (E.), D.-M., à Alger, élu le 3 juillet 1848.

MM. Douvillé, D.-M., à Lanneuville-Roy (France), élu le 6 novembre 1848.
Thouvenin, D.-M., à Lille, élu le 20 novembre 1848.
Defer, D.-M., à Metz, élu le 4 décembre 1848.
Dorvault, pharmacien, à Paris, élu le 8 janvier 1849.
Marziale, D.-M., à Naples, élu le 5 février 1849.
Rucco, D.-M., à Paris, *idem*.
Pisani (A.), D.-M., à Naples, *idem*.
Trompeo, D.-M., à Turin.
Clauzure, fils, D.-M., à Angoulême, élu le 5 mars 1849.
Mazade, D.-M., à Anduse (département du Gard), élu le 4 juin 1849.
Donders, D.-M., professeur à l'Université d'Utrecht, élu le 1er oct. 1849.
Cazin, D.-M., à Boulogne-sur-Mer, élu le 3 décembre 1849.
Meinel, D.-M., élu le 2 mars 1850.
Massart, D.-M., à Napoléon-Vendée, élu le 7 octobre 1850.
Liégey, D.-M., à Rambervillers (Vosges), élu le 7 juin 1852.
Ismael-Pacha, chef du serv. de santé à Constantinople, élu le 5 juillet 1852.
Pelican (Eugène), D.-M., professeur à l'Univ. de St-Pétersbourg, *idem*.
Heine (Maximilien), D.-M., à Saint-Pétersbourg, élu le 6 décembre 1852.
Clavel, D.-M., à Paris, élu le 20 décembre 1852.
Dehnhardt (Alfred), naturaliste, à Naples, élu le 4 avril 1853.
Cornaz (Édonard), D.-M., à Neuchâtel (Suisse), élu le 6 juin 1853.
Phelippeaux (Raymond), D.-M., à Lyon, élu le 4 juillet 1853.
Loewenstein, D.-M., à Jever, élu le 1er août 1853.
Bierbaum, D.-M., à Dorsten (Westphalie), *idem*.
Seeger, D.-M., à Louisbourg (Wurtemberg), *idem*.
Mathyssen, D.-M., chirurg.-major dans l'armée des Pays-Bas, à Venloo, *idem*.
Vande Loo, D.-M., à Venloo, *idem*.
Ried, D.-M, professeur à l'Université de Wurtzbourg, élu le 5 sept. 1853.

JOURNAL DE MÉDECINE.

I.—MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Corps étranger du pharynx, extraction, guérison; *par le docteur* G. Koepl, *membre titulaire de la Société.*

Le 4 septembre 1853, A. D., garçon de 25 mois, fort et toujours bien portant, avala, en jouant, une pièce de 2 centimes (un cents). La mère étant accourue aux cris que poussait l'enfant, il lui indiqua, en présence d'une autre femme, ce qu'il venait de faire. Quelques efforts spontanés mais infructueux, pour vomir, n'aboutirent point à la sortie de la pièce de monnaie. Dès ce moment l'enfant refusa toute nourriture solide, et se borna à prendre de l'eau et du lait qu'il avala cependant avec assez de facilité sans régurgitation. Les nuits qui suivirent, il eut à différentes reprises des accès de suffocation assez alarmants, mais sans toux. Le 7 septembre, je vis l'enfant pour la première fois. La mère me fit le récit de tout ce qui s'était passé, et de l'avis de plusieurs praticiens qu'elle avait consultés et qui ne crurent pas devoir procéder à l'extraction, elle attendit.

L'enfant sembla bien portant, quoique maigri d'après le dire de la mère. On ne voit rien au fond de la gorge, si ce n'est la luette allongée et dirigée en bas et en arrière. Les mouvements de la langue sont libres. L'inspection et le toucher du cou ne présentent aucune altération. La phonation ainsi que la respiration et la circulation sont dans l'état normal. Le petit avala de l'eau en ma présence avec facilité, mais ni fruits, ni bonbons ne le tentent. Il porte souvent la main au cou, comme pour écarter quelque obstacle. En lui offrant des sucreries, on voit bien que l'enfant en voudrait, et que s'il refuse, c'est qu'il craint d'opérer la déglutition.

Me trouvant seul avec la mère et l'enfant, je ne fais qu'une faible tentative avec les pinces courbes, qui ne me donne aucun résultat. En attendant l'opportunité d'un examen plus minutieux, je prescris un vomitif composé d'ipécacuanha et de tartre stibié. L'enfant vomit et eut plusieurs selles sans que la monnaie apparût dans les matières évacuées.

Rien de plus naturel que la demande : Y a-t-il réellement un corps étranger engagé dans le canal de la déglutition? Ou le cents a-t-il été craché sans que

l'on s'en soit aperçu; ou, en franchissant le cardia, est-il descendu dans l'estomac? Pour ma part, j'étais convaincu de la présence du corps étranger dans le pharynx; car comment expliquer après un accident semblable, arrivé en présence d'un témoin, le refus constant de l'enfant, très-bien portant du reste, de prendre de la nourriture? Ajoutons ces accès de suffocation nocturnes, très-explicables par la pression indirecte du cents sur la trachée, l'allongement et la direction de la luette, que j'ai constatés dans plusieurs cas de cette nature, ainsi que les mouvements instinctifs des mains vers le cou, et tout doute devait s'évanouir. Pour aborder la chose plus franchement, je proposai à la mère de se rendre le lendemain à l'hôpital Saint-Jean, où l'assistance de mes honorables confrères me mettrait en état de procéder à une exploration rigoureuse, et à l'extraction s'il le fallait; car l'enfant opposait une résistance telle à l'introduction de tout instrument, que les forces de la mère ne suffirent pas à la vaincre. Il me fallait des aides intelligents.

Le 9 septembre en effet, nous plaçâmes l'enfant (dans le service de M. le professeur A. Uytterhoeven) entre les genoux d'un aide assis sur une chaise. Pendant que le même aide renversa la tête en arrière, un autre s'assura des mains du petit, moi j'introduisis la tige en baleine surmontée d'une éponge, dans le pharynx.

Je parvins jusqu'à la hauteur du cartilage cricoïde, où je me sentis arrêté par un obstacle qui me parut être le cents. Les tentatives faites ayant fatigué l'enfant, je m'arrêtai. J'ajournai l'exploration au lendemain, tout en recommandant à la mère, d'après le conseil de M. A. Uytterhoeven, de pratiquer à l'enfant des injections nasales (procédé Henriette) avec un looch blanc, dans l'intention de lubrifier préalablement les parties intéressées.

Le 10 septembre, la mère me dit que l'enfant avait refusé même la boisson. Les injections avaient produit quelques évacuations alvines. Je fis placer l'enfant comme la veille; la baleine à éponge, introduite par M. le docteur Testelin et par moi, fut arrêtée à la même hauteur. M. le docteur Henriette fit pénétrer, avec grande facilité, une sonde élastique jusqu'à l'estomac. Ce n'est qu'après avoir vu, dans les différentes tentatives, l'instrument arrêté à la même hauteur par un obstacle infranchissable, et après avoir vu glisser la sonde élastique (n° 8 à peu près) aisément dans l'estomac, que j'eus la conviction que le cents était placé et fixé verticalement. J'eus recours alors à la sonde préhensive œsophagienne à clochette articulée de Dupuytren, à laquelle j'avais donné la courbure convenable; je la poussai lentement dans l'estomac, non sans difficulté à l'endroit de l'obstacle, ni sans apparence de suffocation. En la retirant, je fus arrêté à la même place, et ce n'est qu'après une traction assez forte que je pus retirer le cents engagé dans la partie antérieure de la clochette. Il n'y eut pas une goutte de sang versé; la pièce de cuivre n'était ni oxydée ni couverte de vert-de-gris, et avait l'aspect ordinaire comme légèrement poli.

J'ai bien abusé de la patience des confrères en portant ce cas dans tous ses détails à leur connaissance. Je crois cependant que l'extraction des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage n'est pas une opération journalière, et, quoi-

que, très-simple en elle-même et en apparence très-facile à pratiquer, lorsqu'on en lit la description dans les traités de médecine opératoire, elle présente plus d'une difficulté et plus d'un danger dans l'exécution. C'est sous ce point de vue que je veux joindre au cas actuel quelques considérations générales sur cette matière. Elles sont le résultat de ma pratique et des observations recueillies dans les hôpitaux.

Un examen rigoureux, tant commémoratif que physique du malade, est d'une valeur incalculable après cet accident, qui, sauf les cas de danger imminent, se prête plus que tout autre à des interprétations erronées, même de la part des malades adultes. Ainsi le patient prétendra avoir avalé une arête de poisson et la sentir à la hauteur des premiers anneaux trachéaux, et l'examen attentif la fera voir enfoncée dans une amygdale, comme je l'ai constaté moi-même. L'introduction précipitée d'un instrument pourrait amener l'opposé de ce qu'on désire obtenir. Il y a encore des circonstances où le chirurgien doit être sur ses gardes d'une manière toute particulière : c'est lorsqu'il a affaire à des personnes atteintes d'hypochondrie ou de rétrécissements du pharynx ou de l'œsophage. Les individus de la première catégorie prétendent, souvent avec opiniâtreté, avoir le passage alimentaire intercepté par un corps étranger quelconque, sans qu'il y ait trace de réalité, et ils ne peuvent parfois être débarrassés de cette idée fixe que par un petit escamotage, innocent en lui-même et très-avantageux au malade. Quant aux rétrécissements pharyngiens ou œsophagiens, on observe qu'un des premiers symptômes de cette affection est la sensation d'arrêt pendant la déglutition, ce qui fait que le malade croit à la présence d'un corps étranger. Donner dans cette appréciation ou plutôt dans cette illusion, pourrait être fatal au malheureux. J'ai vu un homme qui, dans un accès de mélancolie, avait bu, pour se suicider, une certaine quantité d'acide sulfurique concentré. L'action caustique du breuvage causa des rétrécissements cicatriciels tout le long du pharynx et de l'œsophage, pour lesquels le malade consulta un grand nombre de médecins et de chirurgiens, en racontant de bonne foi à chacun d'eux qu'une prune, une bouchée de viande, etc., s'étaient arrêtées au passage. Une fausse honte lui faisait cacher la véritable origine du mal. Cet homme présenta, à l'autopsie, une déchirure de l'œsophage au-dessus de la partie la plus rétrécie, à laquelle l'introduction d'instruments n'était peut-être pas étrangère. Ces coarctations du canal de la déglutition ont pour cause : des ulcérations scrofuleuses et vénériennes, le cancer, l'action des acides minéraux concentrés, avalés par méprise ou par intention de suicide, sans parler de différentes affections des organes voisins donnant lieu à la dysphagie, telles que l'anévrisme de l'aorte, la carie des vertèbres cervicales ou thoraciques, les dégénérescences des poumons et des médiastins, etc. Là où on soupçonnera ces rétrécissements, il sera indispensable de s'enquérir de tous les antécédents du malade avant de procéder à la propulsion ou à l'extraction du prétendu corps étranger.

Le diagnostic des corps étrangers à la partie supérieure du tube alimentaire offre parfois beaucoup de difficultés, lorsqu'il s'agit d'enfants en bas âge. Très-souvent, c'est au moment de l'absence des surveillants, lorsque les enfants se

trouvent en compagnie des autres ou lorsqu'ils veulent satisfaire leur gourmandise à la dérobée, qu'ils avalent précipitamment des corps trop volumineux ou de forme pointue ou angulease, qui s'arrêtent au passage. Ils ont ordinairement soin de cacher ou de nier ce qui s'est passé, et ce n'est que par les habitudes changées de l'enfant, par le hasard ou par le début subit des phénomènes alarmants du côté de la respiration ou de la circulation que les parents se décident à réclamer les secours de l'art. J'ai connu une enfant de 3 ans qui, en jouant toute seule avec une boîte d'aiguilles bien approvisionnée en forme de clef, se piqua au doigt, et pour cacher aux parents la cause de la petite piqûre, qui saignait, mit l'instrument, heureusement fermé, à la bouche et l'avala. Des convulsions survinrent la nuit et mirent en danger les jours de la petite. Le hasard en fit découvrir la cause, et l'extraction de cet étui rempli d'aiguilles, qui se trouvait au-dessus du cardia, réussit aux mains habiles du chirurgien.

Lorsqu'un corps étranger s'est arrêté pendant l'acte de la déglutition, il s'agit encore de savoir s'il se trouve dans le canal alimentaire ou dans les voies aériennes. Rien dans les symptômes plus ou moins graves que peut offrir la respiration, la circulation ou le système nerveux, ne peut aider au diagnostic du siége du corps étranger dans l'une ou l'autre des deux voies. Un corps volumineux engagé au commencement de l'œsophage, peut causer de la toux, de la suffocation et des congestions cérébrales par la pression, quoique médiate, sur la trachée, les vaisseaux et les nerfs qui côtoyent ces organes; et par contre une aveline, une chevrotine, un bouton métallique ou un noyau de cerise, etc., pourront séjourner quelques jours dans la trachée ou dans une bronche sans amener aucun des accidents mentionnés, à un haut degré. J'émets, ou plutôt je confirme cet avis pour l'avoir vu justifié par mon observation personnelle. Ainsi, je peux citer le cas d'un brin d'épi enfoncé dans un des piliers du palais, qui produisit des accès de toux convulsive avec figure bleue, extrémités froides, respiration laborieuse, etc., de manière à faire croire à l'entrée du corps étranger dans le larynx. Un garçon porta une espèce de clou en fer très-pointu pendant cinq jours dans la bronche droite sans en être incommodé. Le sixième jour, des symptômes de pneumonie se révélèrent et la mort en fut la conséquence. Pour qu'un corps étranger introduit dans les voies aériennes produise des phénomènes respiratoires et circulatoires caractéristiques, nullement équivoques, il faut un certain concours de conditions de la part du corps étranger et de l'endroit du tube aérien, où il s'arrête. Ainsi, un corps rond, quoique volumineux, mais mou, tel qu'une bouchée de viande, par exemple, ou un morceau de saucisson, un fruit cuit, etc., qui s'engage dans la cavité du larynx (ce qui arrive souvent, du reste, lorsque le malade parle pendant l'acte de la déglutition), peut tuer comme la foudre. J'ai fait l'autopsie d'un homme de 48 ans ayant toujours joui de la meilleure santé, qui, en joyeuse compagnie, se prit d'un éclat de rire à propos d'une plaisanterie, pendant qu'il avalait un morceau assez gros de filet de bœuf. Sa physionomie riante devint noire et il tomba à la renverse dans un mouvement convulsif, pour ne plus se relever. Le *corpus delicti* était tellement,

je dirai enchâssé dans la glotte, que j'eus de la peine à le dégager. L'épiglotte était soulevée et les cordes vocales faisaient anneau sur le corps étranger. Des cas semblables ont été observés souvent sur les ivrognes et sur les aliénés.

Si le corps avalé est peu volumineux ou anguleux, il donne lieu à des symptômes qui varient d'après la forme et le siége du corps étranger dans les voies aériennes, et d'après son degré de fixité. Tout corps solide qui s'arrête dans la cavité laryngienne sans obstruer entièrement la glotte par son volume, qu'il soit fixé ou ballottant, amène de la douleur qui augmente sous la pression des cartilages thyroïdes, une toux spasmodique plus ou moins suffocante, sèche ou avec expectoration muco-sanguinolente presque non interrompue et violente jusqu'à donner lieu aux convulsions générales et à l'apoplexie.

La voix change toujours de timbre, et devient ordinairement plus basse, semblable à la voix croupale ; la respiration est accélérée, sifflante et même stertoreuse.

L'auscultation des poumons donne un résultat négatif, c'est-à-dire qu'elle révèle la persistance du bruit respiratoire dans toute l'étendue des poumons. Cet état persiste jusqu'à la mort si le corps étranger n'est pas dégagé, soit par la toux, soit par le procédé opératoire, ou s'il ne se déplace pas pour descendre dans les régions inférieures du tube aérien. Si, en subissant ce déplacement, il s'arrête dans la trachée, il y a ordinairement douleur locale au-dessus de l'échancrure du sternum, qui augmente par la pression latérale, difficulté respiratoire à différents degrés, mais *point ou peu de toux,* si l'obstacle est immobilisé, soit par son enfoncement dans les parois de la trachée, soit par leur pression latérale. Dès qu'il y a, au contraire, ballottement du corps étranger pendant les mouvements respiratoires, ce qu'on peut distinguer quelquefois par le toucher, en promenant deux doigts le long de la trachée, la toux ne manque jamais et est très-violente. Les symptômes varient également selon le volume du corps étranger et son engagement plus ou moins considérable dans les bronches. Les dispositions anatomiques expliquent suffisamment pourquoi la bronche droite est plus fréquemment le siége de ces corps que la gauche. Lors de la présence du corps étranger dans les bronches, la percussion et l'auscultation des poumons peuvent donner des éclaircissements diagnostiques très-précieux. Ainsi, malgré une respiration plus ou moins laborieuse, malgré le faciès vultueux, malgré le jeu des ailes du nez, malgré la sueur froide du front et l'abaissement de température des extrémités, etc., la percussion du thorax donne une sonorité normale ; mais le bruit respiratoire du poumon dont la bronche contient le corps étranger *est nul*, si son calibre est complétement obstrué, au point d'intercepter toute entrée d'air atmosphérique. On entend une respiration plus ou moins sifflante, s'il reste encore, à cause de la forme même du corps étranger, un intervalle entre lui et la paroi bronchique. Si le corps étranger introduit dans les bronches peut subir un mouvement de va-et-vient, sous l'influence du mouvement de l'expiration et de l'inspiration, il y a de la toux, et celle-ci est d'autant plus violente que le corps étranger est lui-même poussé et chassé plus haut vers le larynx, car il est constaté par des faits authentiques

que la sensibilité de la muqueuse trachéale et bronchique est beaucoup moins considérable que celle de la membrane qui tapisse la cavité du larynx. Je ne rappellerai que les accès de toux formidables, lorsqu'une goutte d'eau ou de la mie de pain s'égare dans le larynx, et l'absence quelquefois complète de la toux, lorsqu'après la trachéotomie on place une canule ou lorsqu'on la change.

Ce n'est que lorsque la canule est mal fixée ou mal confectionnée, qu'elle peut titiller, par son bord postérieur trop affilé, la muqueuse de la trachée et donner lieu à des quintes de toux, qui ne cessent que lorsqu'on éloigne ces conditions défavorables. J'ai vu entrer, pour l'extirpation d'un polype du larynx par une ouverture artificielle du ligament crico-thyroïdien et des trois premiers anneaux trachéaux, avec différents instruments dans la trachée et dans les bronches, sans produire la toux.

Si, enfin, le corps étranger descend encore plus profondément dans les ramifications bronchiques, les premiers phénomènes observés sont ordinairement très-peu alarmants, et sont même quelquefois inaperçus au début, mais il survient plus tard une pneumonie qui emporte le malade par son produit purulent, soit en forme d'infiltration purulente ou d'abcès.

Je me suis permis cette digression sur les voies aériennes, malgré mon intention de ne traiter que des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, pour prouver qu'il n'est pas toujours aisé d'établir un diagnostic sûr, et pour indiquer autant que possible la manière d'éviter le doute et l'erreur, lorsqu'il s'agit de ces affections si compromettantes pour la vie du malade, et si périlleuses pour la réputation du chirurgien. A l'appui de cette considération, je veux citer encore un exemple. Un enfant avale un noyau de cerise. Il suffoque à peu près au moment de l'accident, et tousse violemment pendant une demi-heure, puis tout rentre dans le calme. Quelques jours après cependant, une nouvelle attaque de toux très-violente, accompagnée de dyspnée, survint d'une manière inopinée pendant que l'enfant courait dans un jardin. Ici on pouvait admettre, avec quelque apparence de raison, que le noyau passé dans le larynx avait été expulsé par la toux, ou avait franchi le cardia.

Mais il n'en était rien. La brusque apparition de la toux, le quatrième jour, amena un nouvel examen très-minutieux, et l'on constata l'absence complète d'expansion vésiculaire à la moitié supérieure du poumon droit, avec sonorité normale. Il était évident alors que le noyau obstruait les ramifications supérieures de la bronche droite, et que l'asphyxie imminente qui s'était produite au moment de l'accident dépendait de l'arrivée du noyau sur la glotte; que la toux violente survenue ensuite était due au passage du corps étranger par la cavité laryngienne, et que la cessation subite de ces symptômes tenait à sa descente et à son arrêt dans la trachée.

La nécroscopie, qui eut lieu le neuvième jour après l'accident, confirma ce diagnostic. Le noyau de cerise se trouva oblitérer entièrement la bronche supérieure de la trifurcation de la bronche droite. L'hépatisation grise siégeait aux lobes moyen et inférieur du poumon droit.

relatives aux corps étrangers du pharynx ou de l'œsophage.

Les endroits où ils interceptent le plus souvent le canal de la déglutition sont, l'angle formé par la base de la langue et l'épiglotte, le commencement de l'œsophage à la hauteur du cartilage cricoïde et la partie au-dessus du cardia. L'instrument explorateur peut seul préciser le siége réel de l'obstacle lorsqu'il se trouve au delà de la portée de l'œil ou du doigt.

L'endroit, ainsi que la nature du corps étranger, décident le choix du procédé à employer dans le cas donné. Quel que soit ce procédé chirurgical dont le but est toujours de pousser le corps obstruant dans l'estomac ou de le faire revenir par la bouche, il exige, de la part du chirurgien, de la persévérance et de la modération. Les insuccès des premières tentatives, les accès de suffocation alarmants pendant l'opération, la conviction que la présence d'un corps étranger dans ces parties amène dans beaucoup de cas des accidents irremédiables et la mort après des souffrances atroces, l'aversion des parents des malheureux parfois récalcitrants pour ces sortes de manœuvres dans l'arrière-bouche, toutes ces considérations ne doivent pas faire fléchir l'énergie intelligente et la patience du chirurgien. Mais en même temps il ne faut pas oublier que ce n'est pas non plus par la force et par l'opiniâtreté armée que l'homme de l'art peut atteindre son but. Il est bon de revenir à la charge à différentes reprises, mais à des intervalles assez longs, pour permettre au malade de se remettre de ses fatigues.

Nous avons dit que la manière de se comporter, dans ces cas, dépendait beaucoup de la nature des accidents ainsi que du siége et des qualités du corps étranger. Lorsque ce dernier se fixe dans le passage alimentaire, interceptant en même temps par son volume l'entrée de l'air dans le tube respiratoire, l'existence du malade dépend de la promptitude des secours chirurgicaux qui, faute d'instruments, doivent être improvisés. L'introduction de deux doigts dans le pharynx pour saisir l'obstacle s'il est possible, ou pour provoquer un mouvement antipéristaltique qui rapproche quelquefois le corps étranger des doigts, quelques coups de poing entre les omoplates, faire avaler de l'eau, etc., sont des procédés connus et admis. Si ces manœuvres échouent, si la figure bleue pourprée, les yeux sortant des orbites, les mouvements convulsifs des membres, l'intermittence ou la suspension de la respiration et de la circulation, les excrétions involontaires, etc., dénotent l'imminence de l'asphyxie, il n'y a plus à hésiter. Un coup d'œil sur le malheureux décide du parti à prendre, et la laryngo-trachéotomie, faite avec n'importe quel instrument, serait-ce même avec la lame d'une lancette ou d'un canif, est la seule planche de salut qu'il faut saisir pour sauver son malade. Pratiquer cette opération dans cette circonstance avec à-propos, c'est couper la corde au pendu, retirer le submergé des flots, ou donner de l'air à l'asphyxié. Et cette opération si grave en elle-même, lorsqu'elle est pratiquée pour toute autre indication, est souvent couronnée de plein succès, lorsqu'il s'agit de corps étrangers. Si les accidents produits par la présence d'un corps étranger dans le canal de la déglutition sont moins alarmants, et si le danger est moins imminent pour l'existence du malade, la conduite du chirurgien est moins précipitée. Il est toujours à conseiller de

commencer l'exploration avec le doigt avant d'avoir recours aux instruments explorateurs propulsifs ou préhensifs.

Je ne crois pas devoir entrer dans des détails sur tout l'attirail d'instruments qu'on a inventés de tout temps pour cette opération. On est allé jusqu'à vouloir prendre les corps étrangers du pharynx ou de l'œsophage au filet ou les pêcher à la ligne. Abstraction faite de tout l'arsenal préhensif et propulsif, il y a cependant un certain nombre d'instruments qui devraient se trouver à la portée de tout homme de l'art en vue de cette éventualité. J'y rangerai : 1° deux pinces œsophagiennes courbes, l'une à action antéro-postérieure, et l'autre à action latérale. Je crois que la pince courbe est très-utile, si le corps étranger ne se trouve pas au delà du pharynx. Plus loin la courbure de l'instrument s'adapte plus difficilement à la disposition anatomique des parties; 2° la tige ou baguette en baleine, dont l'un des deux bouts porte l'éponge, et l'autre le pavillon à clochette articulée de Dupuytren. L'éponge suffit pour la propulsion des corps étrangers et même souvent pour leur extraction, car on parvient quelquefois à la faire glisser dans l'estomac à côté du corps obstruant, et en retirant l'instrument, il arrive que l'éponge, imbibée et grossie, le ramène comme chevauchant sur elle au dehors. L'extrémité à pavillon est d'une très-grande utilité, lorsqu'il s'agit de corps qu'on veut faire revenir par la voie de la bouche. Il faut cependant que le corps étranger présente un bord assez mince qui puisse se placer dans l'un des deux compartiments de la clochette. Le maniement de cet instrument est facile. Il peut servir également à l'exploration. 3° Une espèce d'*exutia ventriculi*, ou *provendor* des Anglais, c'est-à-dire une brosse, cachée dans un tube ou fourreau élastique. Un fil d'archal ou de fer, auquel est attaché un faisceau de soie de cochon, constitue la brosse, qu'on introduit cachée dans le tube élastique jusqu'au cardia, alors on déploie les soies et on retire, ce qui fait que la brosse ramène à rebrousse-poils ce qui se trouve dans la lumière du canal de la déglutition.

Cet instrument est très-avantageux pour l'extraction des corps peu volumineux, élastiques ou pointus, qui présentent peu de surface saisissable ou qui sont accrochés à la muqueuse, tels qu'arêtes de poisson, brins d'épi, éclats de verre, épingles, petits clous, etc.

Enfin, 4° un trachéotome. Il faut que l'instrument à préférer dans cette occurrence soit d'une action prompte et expéditive. Parmi les différents appareils inventés à ce propos, je serais porté à donner la préférence au trachéotome de Thompson. Voici en quoi il consiste : deux branches plates et droites sont réunies à l'une des deux extrémités par une charnière, et à l'autre elles prennent une courbure assez brusque comme celle d'une sonde urétrale. Cette courbure des deux branches, qui ont l'air de ne faire qu'un corps lorsque l'instrument sert à l'opération, et qui s'écartent l'une de l'autre par une vis lors de l'introduction de la canule, finit par une pointe en guise de lancette. La canule porte une ouverture à sa convexité. L'instrument est introduit d'emblée, sans section préalable de la peau, à travers tout dans la trachée, au-dessous du cartilage cricoïde qui sert d'appui, par un mouvement dans l'axe de la courbure. Le rebord

au-delà du tranchant de l'instrument, empêche de blesser la partie postérieure de la trachée. J'ai constaté à différentes reprises sur le cadavre l'impossibilité de cet accident lorsqu'on se sert d'un instrument adapté à l'âge du sujet. Une fois la courbure dans la lumière de la trachée, on écarte les deux branches au moyen de la vis et on glisse la canule dans la trachée à travers l'ouverture formée par l'écartement.

FIG. 1.

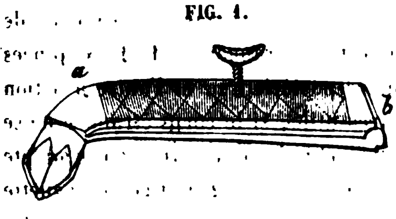


FIG. 2.

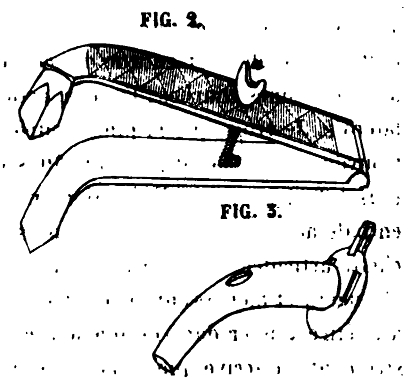


FIG. 3.

1. Le trachéotome de Thompson, fermé.
 a. L'extrémité à courbure.
 b. La charnière.
2. L'instrument ouvert.
 a. Vis d'écartement des branches.
3. La canule.



Ces instruments sont représentés ici réduits à la moitié de leur grandeur naturelle. Le trachéotome, avec étui, est confectionné dans les ateliers de M. Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie, à Bruxelles.

Avant de finir, j'ajouterai encore une remarque qui, quoique généralement connue, est quelquefois mise de côté lorsqu'il s'agit d'opération pour l'extraction ou pour la propulsion des corps étrangers du canal alimentaire. On aura toujours moins de difficultés à introduire des instruments dans le pharynx et plus loin, *si on n'abaisse pas la langue du malade*, soit par l'abaisse-langue, soit par le spéculum ou le doigt; car, pour que cette introduction soit facile, le malade doit, pour ainsi dire, avaler l'instrument une fois qu'il a dépassé le voile du palais, ce qui est impossible sans la liberté des mouvements de la langue. En outre, on évitera, par cette pratique négative, de faire fausse route et d'entrer dans le larynx qui reste couvert de l'épiglotte pendant la déglutition.

PRATIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR A. BONNET, DE LYON.

DE LA RUPTURE DE L'ANKYLOSE ET DE SA COMBINAISON AVEC LES SECTIONS SOUS-CUTANÉES. — *Nouvelle observation recueillie par M. le docteur* PHILIPEAUX, *ex-chirurgien interne des hôpitaux civils de Lyon, ex-prosecteur-adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant à Lyon.*

Dans un récent *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, édité à Paris, en 1853, par M. J.-B. Baillière, M. le professeur Bonnet, de Lyon, vient d'exposer longuement sa pratique et ses idées sur la rupture de l'ankylose et sa combinaison avec les sections sous-cutanées. Ce travail, fondé sur des vues nouvelles, doit sans contredit intéresser tous les chirurgiens, puisqu'en reculant de plus en plus les limites de l'art, il agrandit le cercle des moyens

proposés jusqu'ici pour combattre des lésions que l'on regarde comme à peu près incurables. Il importe, puisque cette méthode de traitement est nouvelle et efficace, et qu'elle n'a pas encore complétement cours dans la pratique, de faire connaître les nouveaux faits qui, en la corroborant, viennent en montrer la supériorité sur toutes celles usitées jusqu'à ce jour. C'est ce motif qui m'engage à vous adresser dans tous ses détails un nouveau fait qui en révèle une des plus heureuses applications.

L'observation suivante se rapporte à une rupture de l'ankylose du genou; mais comme quelques-uns des membres de votre honorable Société ne connaissent peut-être pas encore la partie de l'ouvrage de M. Bonnet qui a trait à cette question, je pense qu'il ne sera pas sans intérêt pour eux de leur en présenter d'abord une analyse succincte, afin de mieux leur faire comprendre la différence qui sépare la pratique de ce chirurgien d'avec toutes celles qui ont eu cours dans la science.

Tous ceux qui s'intéressent au mouvement de la chirurgie contemporaine se rappellent que la rupture des ankyloses, tombée depuis longtemps dans une complète désuétude, fut remise en pratique, il y a quelques années par M. Louvrier, directeur d'un établissement orthopédique dans le Doubs. Ce chirurgien avait imaginé un appareil puissant, applicable aux ankyloses du genou, et qui servait tout à la fois à rompre les adhérences et à étendre instantanément la jambe sur la cuisse. En 1839, il en fit à Paris de nombreuses applications, et les premiers succès qu'il en obtint conduisirent à penser que la rupture de l'ankylose avait été injustement abandonnée, et qu'elle devait être remise en honneur; mais un certain nombre d'accidents graves et la fréquence des résultats incomplets ne tardèrent pas à dissiper ces préventions favorables; dès lors, la méthode nouvelle tomba dans l'oubli, comme toutes celles qui l'avaient précédée.

Cependant, des chirurgiens étrangers continuaient l'œuvre si rapidement abandonnée parmi nous. M. Dieffenbach, décomposant le problème relatif aux ankyloses du genou, et remarquant qu'il y avait tout à la fois à rompre les adhérences et à redresser la jambe, employait une méthode analytique, faisait la section des tendons des fléchisseurs, rompait les adhérences en pliant la jambe sur la cuisse, et ne s'occupait du redressement que lorsque le tibia et la rotule avaient été rendus mobiles sur le fémur.

M. Palasciano, de Naples, suivant la trace de M. Dieffenbach, adoptait la flexion de la jambe comme moyen de rompre l'ankylose; mais, de plus, il imaginait de faire précéder cette flexion de la division sous-cutanée, non-seulement des fléchisseurs, mais encore de la section du biceps, de l'aponévrose fémorale externe pour remédier à l'abduction de la jambe en dehors, et de celle du triceps fémoral au-dessus de la rotule. Dans sa pensée, cet os n'étant plus retenu en haut, devait suivre sans peine le ligament rotulien lorsqu'on ferait exécuter à la jambe un mouvement forcé de flexion.

Les idées ingénieuses de cet habile chirurgien, mises en pratique en 1847, sous les yeux de M. Bonnet, fixèrent l'attention de ce dernier sur la rupture de l'ankylose, qu'il avait blâmée à une autre époque, mais qui se présentait, grâce

aux recherches de M. Palasciano, avec des chances de succès toutes nouvelles.

La nécessité de vaincre les difficultés très-variées que l'on trouve dans la rupture des ankyloses du genou, et dans les sections sous-cutanées qui les précèdent, conduisirent M. Bonnet à diverses recherches. Il perfectionna les appareils mécaniques qui servent au redressement, après que l'ankylose a été rompue, et ceux qui facilitent la marche au moment où le malade se lève. Il pratiqua la section simultanée du biceps et de l'aponévrose fémorale externe, suivant un procédé différent de celui de M. Palasciano, procédé qu'il appelle antéro-postérieur, et qui prévient sûrement les abcès, ainsi que la lésion du nerf poplité externe, toujours à craindre lorsqu'on pique la peau du côté du jarret; enfin cherchant à généraliser davantage la méthode proposée pour le genou par M. Palasciano, il étendit à la hanche, au pied, au coude, aux articulations du poignet et de l'épaule, la combinaison des sections sous-cutanées et de la rupture de l'ankylose.

N'ayant en vue aujourd'hui que de publier un fait de rupture d'ankylose du genou, je ne ferai connaître de ce travail de M. Bonnet que ce qui se rapporte à ce sujet.

D'après ce que je viens de dire, la méthode qui va nous occuper consiste donc : 1° dans la section des muscles du jarret, de l'aponévrose fémorale externe et du tendon commun au faisceau moyen du triceps et au crural antérieur; 2° dans la flexion forcée de la jambe; 3° dans un traitement consécutif.

1° *Section des tendons et des muscles.* — Pour faire la section simultanée du biceps et du faisceau externe de l'aponévrose fémorale, M. Bonnet conseille, contrairement au procédé de M. Palasciano, qui coupe d'arrière en avant, celui qui lui est propre et qu'il appelle antéro-postérieur. Le voici tel que M. Bonnet l'a décrit dans son Mémoire :

« Le malade étant couché sur le dos et éthérisé, le chirurgien cherche à sentir, avec l'indicateur gauche, le tendon du biceps du côté du jarret; il s'applique à discerner le relief formé par ce tendon de celui que produit assez » fréquemment le nerf poplité externe; il pousse entre eux le doigt indicateur » gauche, de manière à soutenir le biceps et à laisser le nerf en dedans. Bien » fixé de la sorte sur le lieu où doit aboutir l'extrémité de son ténotome, il se » sert du pouce de la main gauche, dont l'indicateur reste placé en dedans du » biceps, pour tirer la peau en dehors, au-dessus du condyle externe du fémur. » Avec la main droite, il fait une piqûre à la face antérieure externe de la » cuisse, au-dessous de l'angle externe de la rotule et vis-à-vis le doigt indica- » teur gauche placé dans le jarret. Il enfonce ensuite le ténotome mousse » d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'extrémité ne soit plus séparée que par la » peau du doigt indicateur gauche qui sert de point de repère. Il tourne alors » le tranchant en dehors, et en faisant mouvoir son instrument aussi bien qu'en » poussant les parties contre lui, il coupe le biceps, le faisceau externe du » biceps et le fascia lata; il s'arrête lorsqu'il est à 2 ou 3 centimètres de la pi- » qûre de la peau. »

Ce procédé permet d'agir avec plus de précision que celui dans lequel on

commence du côté du jarret. En exécutant ce dernier, c'est-à-dire celui de M. Palasciano, on est obligé, au moment d'opérer, d'enlever le doigt qui a permis de reconnaître la position du biceps et du nerf poplité externe. En suivant celui que propose M. Bonnet, le doigt sert de guide pendant tout le cours de l'opération. Mais la différence essentielle est celle-ci : lorsque l'on pique la peau du côté du jarret, malgré l'effort que l'on fait pour la tirer en dehors, la piqûre est presque vis-à-vis la plaie qui résulte de la section du biceps. La présence du nerf poplité externe empêche de se ménager ces longs canaux sous-cutanés qui mettent à l'abri de toute introduction de l'air, et sans lesquels on ne réalise qu'imparfaitement les principes de la méthode sous-cutanée.

Lorsqu'il y a lieu de couper ensuite les muscles internes du jarret, M. Bonnet adopte alors le procédé de M. Dieffenbach; il sectionne ces muscles de leur face profonde à leur face superficielle.

La section du triceps doit être faite aussi bas que possible. Le lieu où elle a toujours été pratiquée répond à la partie du fémur qui est située immédiatement au-dessus de sa surface articulaire; quand la jambe est fléchie à angle droit, cette place est éloignée de 4 ou 5 centimètres du bord supérieur de la rotule.

M. Palasciano pique la peau au côté externe du membre, glisse sous celle-ci un long ténotome, et divise le muscle triceps et le tendon du droit antérieur de la face superficielle à la face profonde; il ne s'arrête qu'après avoir atteint le fémur.

M. Bonnet a pratiqué plusieurs fois la section du triceps à travers une seule piqûre; mais il a reconnu qu'en agissant ainsi on ne pouvait diviser le muscle que dans une partie de sa surface, et que l'on était exposé à faire pénétrer l'air dans la solution de continuité, soit lorsqu'on piquait la peau vis-à-vis de la section musculaire, soit lorsque, faisant cette piqûre plus loin, on relevait beaucoup le manche de l'instrument pour permettre à la lame d'atteindre le côté interne du membre.

Pour éviter ces inconvénients et pour couper aussi complétement que possible, les tissus fibreux qui vont se rendre sur les côtés de la rotule, il fait deux piqûres, l'une en dedans et l'autre en dehors. De longs ténotomes introduits successivement par l'une et par l'autre ouverture, et faisant des sections qui se croisent sur la ligne moyenne, permettent tout à la fois de produire une division complète et de la faire en laissant un intervalle de 2 centimètres au moins entre les piqûres de la peau et les sections des muscles.

Ce procédé, que l'on ne saurait trop recommander, est aussi supérieur au procédé ordinaire que la section des tendons fléchisseurs par la méthode antéro-postérieure, et préférable à celle où l'on agit sur eux directement par le jarret.

Lorsque le triceps est coupé, on peut procéder immédiatement à la rupture de l'ankylose, et même il vaut mieux agir ainsi et ne pas faire immédiatement la section des fléchisseurs et des abducteurs, si ceux-ci ne sont pas tendus, et si un certain degré de redressement est nécessaire pour les faire saillir et les rendre évidents.

2° *Rupture de l'ankylose.* — Lorsque toutes les sections sous-cutanées sont terminées, l'opérateur fait avancer la cuisse sur le bord du lit; il place l'avant-bras gauche derrière la partie supérieure de la jambe, et, avec la main droite placée en avant et en bas de celle-ci, il lui imprime des secousses successives, tendant à produire la flexion. Sous leur influence, on entend un craquement dans la jointure, et après une hésitation plus ou moins longue, on voit la jambe se fléchir, entraînant avec elle la rotule par l'intermédiaire du ligament rotulien, dont la traction n'est plus contre-balancée par celle du triceps. Cette flexion doit être portée jusqu'à l'angle aigu. Lorsque l'on ramène ensuite la jambe dans l'extension, on reconnaît, en saisissant la rotule entre les doigts, qu'elle est devenue complétement mobile sur le fémur. Ces résultats ont été obtenus dans tous les cas qui seront cités plus loin.

Un seul mouvement de flexion est insuffisant pour rompre toutes les adhérences : le résultat n'est complet qu'autant que l'on fait éprouver à la jambe un certain nombre de mouvements alternatifs de flexion et d'extension, et que l'on tire énergiquement sur elle avec les mains, pendant que des aides pressent sur la partie antérieure et interne du genou. M. Bonnet a coutume de consacrer quatre ou cinq minutes à ces manœuvres, et de ne les suspendre que lorsque le redressement est achevé.

3° *Traitement consécutif.* — Dans les cas où la jambe ankylosée est fléchie sur la cuisse seulement de 20 à 40 degrés, on peut, immédiatement après la rupture de l'ankylose, placer le membre dans une gouttière droite; il s'y trouve suffisamment soutenu, et les tractions peuvent s'y exercer d'une manière favorable. Mais, lorsque la flexion se rapproche de l'angle droit, il est impossible de réussir à son aide : le malade y éprouve des douleurs vives, et à mesure que le redressement s'accomplit, on voit se manifester une luxation en arrière.

Dans ces cas difficiles, on doit faire précéder l'emploi de la gouttière droite de celui d'un appareil articulé aussi fléchi que l'était le genou ankylosé; on y fait reposer le membre pendant quelques jours, jusqu'à ce que les douleurs et l'inflammation se soient calmées. Ce résultat obtenu, on s'occupe du redressement graduel, qui exige de trois à quatre semaines quand l'opération a été bien faite et que les appareils sont convenables. On achève le rétablissement de la rectitude en plaçant le membre dans une gouttière droite, pourvue de moyens d'extension et de contre-extension.

Le travaux de M. Palasciano s'arrêtent au redressement de la jambe; M. Bonnet ne s'en est pas tenu là; tout en restituant la forme, il a voulu aussi rétablir la fonction du genou. Grâce à ses appareils, il fait exécuter à l'articulation, lorsque le cas est favorable, des mouvements artificiels, et il n'a jusqu'ici qu'à se louer de cette conduite. Aussitôt que la rectitude de la jambe est à peu près obtenue, il cherche à lui rendre l'exercice de ses fonctions perdues, et fait soutenir le membre, dans les intervalles de repos, au moyen d'un tuteur qui lui donne de la solidité, et qui permet au malade de marcher avec des béquilles. Ce tuteur peut être un appareil amidonné comme l'exécute si artistement son inventeur, M. le professeur Seutin, de Bruxelles.

Comme il est indispensable, pour rendre au genou la solidité qu'exige la marche, d'avoir un bon tuteur, on ne saurait trop recommander celui qui est décrit et figuré page 548 de l'ouvrage de M. Bonnet. J'ai eu récemment l'occasion d'en constater les avantages, car il a pu à son aide faire marcher deux malades opérés seulement depuis cinq à six semaines, sans qu'ils eussent besoin d'autre appui que celui d'une canne.

Cependant il est des cas graves dans lesquels les moyens mécaniques que je viens de signaler sont insuffisants. Ce sont ceux dans lesquels le tibia fait un angle aigu avec le fémur, et où sa tête est luxée en arrière et en dehors. Un appareil spécial a été imaginé pour remédier à ce genre d'accident ; comme il n'a pas été employé dans le cas que je vais rapporter, je le passerai sous silence.

Telle est, en peu de mots, la méthode que propose M. le professeur Bonnet, de Lyon ; c'est, on le voit, la méthode de M. Palasciano singulièrement perfectionnée et amplifiée. Jusqu'ici les faits que ce chirurgien a cités démontrent, mieux que toutes les dissertations, les résultats que l'on peut en attendre. En effet, sur cinq cas de rupture d'ankylose du genou que nous lui avons vus pratiquer, dans quatre le redressement a été obtenu d'une manière plus ou moins complète, et certes ces résultats n'ont pas été dus à la simplicité des conditions dans lesquelles la rupture a été pratiquée.

Sous le rapport du rétablissement de la mobilité, les résultats ont été bien légers ; il y a bien eu, dans certains cas, conservation de quelques légers mouvements, mais ils ont été sans importance ; toutefois, M. Bonnet a eu raison de se servir chez eux d'un appareil de mouvement, car, à mesure qu'ils en faisaient usage, l'engorgement de la jointure diminuait, et surtout celle-ci devenait moins sensible aux pressions et à la marche.

Maintenant que vous êtes, Messieurs, à peu près au courant de cette manière d'opérer la rupture de l'ankylose, il ne me reste plus qu'à vous citer le fait suivant :

Ankylose angulaire du genou droit, résultat d'une arthrite aiguë de cause rhumatismale. Section sous-cutanée du triceps crural ; rupture de l'ankylose. Traitement consécutif : redressement complet de la jambe. Emploi de l'appareil de sustentation pour faciliter la marche. Guérison.

Madame X...., de Jemmapes, près de Mons, en Belgique, âgée de [illegible] ans, douée d'une fort bonne constitution, fut atteinte, il y a environ douze ans, d'un rhumatisme qui, après s'être porté sur toutes les principales articulations, se fixa sur le genou droit. Malgré les soins empressés et de tous les instants apportés à la guérison de cette maladie, cette affection ne put être enrayée d'une manière complète. Le genou resta sensible, tuméfié, et devenait même douloureux à la suite d'une marche un peu longue.

Quatre années après le début de son rhumatisme, cette dame fit une chute sur le genou affecté, qui lui occasionna une arthrite très-intense et la retint au lit pendant plusieurs semaines. Depuis cette époque, une inflammation [illegible]-

membraneuse s'étant emparée de l'article, le genou se tuméfia, la jambe se fléchit de plus en plus, et la marche devint impossible sans béquilles.

Pour arrêter le mal on plaça, en 1848, quatre cautères sur les parties latérales du genou et, une année après, on pratiqua sur le même lieu une cautérisation transcurrente avec le fer rouge.

Ces traitements, le dernier surtout, firent cesser en grande partie la douleur, mais la difformité ne put être enrayée; elle n'en subit même aucune amélioration notable.

Madame X... ayant constaté l'inutilité de tous les traitements employés pour combattre la difformité dont elle était atteinte, résolut de quitter son pays pour venir se mettre entre les mains d'un chirurgien dont les travaux scientifiques la portaient à penser qu'il pourrait la débarrasser de la lésion qui mettait une si grande entrave au bonheur de son existence. Elle se rendit, à cet effet, au commencement du mois d'avril 1853, à Lyon, pour y consulter M. le professeur Bonnet.

Attaché à la pratique de ce chirurgien, je pus constater avec lui la lésion suivante :

Le genou droit était tuméfié, et la peau qui le recouvrait portait des traces indélébiles des cautérisations qui y avaient été pratiquées. La jambe était tellement fléchie sur la cuisse, qu'il y avait environ 18 centimètres de raccourcissement d'un talon à l'autre; elle était, en outre, dans l'abduction et la rotation en dehors. En cherchant à faire exécuter à l'article quelques mouvements, la jambe et la rotule pouvaient se mouvoir de quelques degrés, signe non équivoque d'une ankylose fibreuse de l'articulation tibio-fémorale. Les tendons du jarret étaient très-peu rétractés, ainsi que le faisceau aponévrotique du fascia lata. M. Bonnet jugeant ce cas favorable pour faire la rupture de l'ankylose, résolut de tenter cette opération sans plus de retard. Mme X.... fut fortement encouragée à se soumettre aux propositions que lui faisait M. Bonnet par M. le docteur Pommiès, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui avait eu plus d'une fois l'occasion d'assister ce chirurgien dans de semblables opérations, et qui avait pu apprécier bien souvent les résultats avantageux qu'offrait un pareil traitement chirurgical.

Le 9 avril 1853, M. Bonnet procéda à l'opération suivante :

Après avoir fait éthériser la malade, il fit la section sus-rotulienne du muscle triceps crural, en suivant le procédé indiqué plus haut, et ne voulut pas couper ensuite les tendons du jarret, qui ne lui paraissaient pas suffisamment rétractés.

Cette section accomplie, il procéda à la rupture de l'ankylose. A cet effet, il fléchit fortement la jambe sur la cuisse, détacha, par suite, les adhérences de la rotule du tibia, et par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension combinés avec des tractions énergiques sur la jambe portée dans l'adduction et des pressions qu'un aide exécutait sur les parties interne et antérieure du genou, il obtint, au bout de quelques minutes (dix environ), un redressement presque complet, et la cessation de l'abduction et de la rotation de la jambe en dehors.

L'opération terminée, le genou fut plié autant qu'il l'était auparavant, et placé dans l'appareil à redressement que nous avons décrit plus haut.

Mme X..., en se réveillant, déclara n'avoir éprouvé aucune souffrance, et remercia, dans les termes les plus affectueux, celui qui venait de la délivrer, par cette opération, d'une difformité qui lui occasionnait tant de chagrin.

On ne fit aucune application locale sur le genou. Pendant les quelques jours qui suivirent, il y eut de la tuméfaction et de la chaleur dans l'article; mais ces symptômes se dissipèrent peu à peu.

Le 16 avril, c'est-à-dire le septième jour de l'opération, on commença l'extension graduelle de la jambe au moyen de la vis de rappel mordant sur la roue de l'appareil; mais on fut obligé bientôt de ne faire cette extension que d'une manière très-peu sensible, et même on dut y renoncer pendant quelques jours, tant la douleur qu'elle provoquait était vive.

Cette partie du traitement fut reprise le 23 avril, époque à laquelle les douleurs devinrent moins vives et plus supportables. Mais alors Mme X..., dont la constitution éminemment pléthorique, la prédisposait aux congestions cérébrales, fut atteinte de maux de tête violents, de fluxions vers les organes thoraciques qui nécessitèrent à plusieurs reprises l'emploi de révulsifs sur le tube intestinal et de sinapismes sur la jambe non malade. En même temps que ces accidents se manifestaient, des douleurs vives se déclarèrent à l'épigastre; elles furent le prélude d'une affection gastro-intestinale qui se déclara, et à laquelle Mme X... était sujette depuis bon nombre d'années. La production d'une grande quantité de gaz dans les intestins en fut la conséquence. Cette maladie ne cessa qu'après l'emploi du charbon végétal de Belloc administré suivant les indications de ce médecin.

Ces symptômes intercurrents rendirent cette dame très-malade, la firent considérablement souffrir, et empêchèrent d'accomplir avec toute la sévérité voulue l'extension graduelle de la jambe. Cependant, malgré toutes les péripéties qu'il fallut traverser, malgré les douleurs sympathiques que cette affection du tube intestinal occasionnait sur le genou affecté, l'extension de la jambe fut complète vers le 20 mai, époque à laquelle on remplaça l'appareil à redressement par le tuteur articulaire disposé à la flexion et au redressement du genou dont j'ai parlé précédemment. La gouttière destinée au redressement de la jambe fut inutile dans cette circonstance, parce que l'appareil articulé dans lequel la jambe avait été placée après l'opération, avait été suffisant pour opérer le redressement du membre.

Mme X... resta sans marcher pendant encore une huitaine de jours, sa jambe se trouvant immobilisée par le tuteur qui l'emboîtait. Mais alors (29 mai) M. Bonnet ayant recommandé à Mme X... de faire exécuter à sa jambe des mouvements d'extension et de flexion au moins trois fois par jour, pendant un quart d'heure, en s'aidant d'une corde et d'une poulie, la douleur du genou disparut en grande partie, et cette dame put bientôt exécuter quelques pas dans sa chambre avec son tuteur.

Au commencement de juin, elle put entreprendre des courses en s'aidant

d'une seule béquille, et faire dans ses appartements quelques pas sans autre soutien que son tuteur.

Depuis cette époque, l'amélioration est allée toujours en augmentant. Des frictions avec un mélange térébenthiné ont donné au genou plus de force qu'il n'avait primitivement, et lorsque cette dame a quitté Lyon pour retourner dans son pays natal (le 28 juin), sa jambe était aussi droite que l'autre. La marche était facile avec le tuteur, et la douleur du genou était si faible qu'elle n'empêchait pas cette dame de faire avec son appareil de support des courses d'une heure et demie environ, sans être incommodée.

Voilà sans contredit l'un des plus beaux résultats que l'on puisse obtenir de la rupture de l'ankylose combinée avec les sections sous-cutanées. En effet, la difformité a pu être complétement vaincue, la jambe a pu être totalement redressée, le genou a repris à peu près sa forme, et la marche avec une canne a succédé à celle avec des béquilles.

Cette observation montre donc les grands avantages que l'on peut retirer de cette précieuse méthode de traitement, qui, en grandissant le cercle des moyens proposés jusqu'ici contre de pareilles lésions, procure des résultats si avantageux pour les malades et si consolants pour ceux qui ont le bonheur de les réaliser.

SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

A Monsieur le docteur THIRY, *chirurgien du service des vénériens, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles.*

HONORÉ ET SAVANT CONFRÈRE,

Il vous en souvient peut-être, quant à moi je ne saurais oublier l'accueil si flatteur que j'ai reçu de mes collègues, Messieurs les membres de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; il vous en souvient peut-être encore, dis-je, j'ai assisté à cette séance, dans laquelle les orateurs, tout en voulant traiter la question de la contagiosité des accidents secondaires, provoquée par moi, oublièrent trop les arguments scientifiques.

C'est dans cette séance que l'on discuta l'opinion d'un auteur, dont on ne connaissait ni le nom, ni l'ouvrage, et que moi, obscur praticien, pas même attaché à un hôpital, je pouvais souffler.

C'est ce jour que j'ai entendu un membre, naguère timoré contagioniste, lancer les foudres d'une belle éloquence contre ses anciens amis, mais avec autant d'effet que le coup d'épée dans l'eau, et un autre, non moins savant, dérouler une liste immense de noms de syphiliographes, dont la tête remontait *ab ovo* ou partait de l'apparition de la vérole, bien que, quelques jours auparavant, nous rappelant ainsi cette fameuse phrase : Enfoncés Corneille, Racine et autres perruques! il eût fait table rase de tous ces radoteurs.

Le lendemain, vous vous le rappelez peut-être aussi, me rendant avec joie à votre gracieuse invitation, j'ai eu la bonne fortune de vous entendre parler science à l'hôpital Saint-Pierre.

La conversation roula naturellement sur la discussion de la veille ou sur la syphilis congénitale. C'est alors que, me lançant un gros coup d'œil (ce qui me porta à vous supposer une arrière-pensée, tant soit peu maligne), vous m'avez adressé cette phrase : « Un praticien, qui n'a point de service spécial dans un hôpital, ne saurait point traiter de la syphilis héréditaire, parce que les faits lui manquent. »

Et moi de dire, *in petto* : je répondrai à ces paroles ; c'est ce que je viens faire.

Hé bien ! honoré collègue, moi qui ne suis point attaché à l'hôpital de ma bonne ville (je vous l'ai dit : en homme qui désire le juste et méprise l'intrigue et les courbettes, *seul* j'ai demandé le concours, celui-ci fut refusé et moi point élu), je veux vous démontrer que votre assertion est trop absolue.

Depuis deux mois, quatre cas de syphilis infantile sont soumis à mon observation, ce qui porte à neuf le nombre de ceux que j'ai vus depuis une année.

Vous le voyez, quoique je n'aie pas de service dans un hôpital, cependant, sous le point de vue de la vérole, je ne suis pas trop mal partagé....., dans ma clientèle, entendons-nous !

Le premier de ces quatre n'offre rien de particulier.

Un nouveau-né, atteint de coryza, d'un commencement de décrépitude, de diarrhée, de tubercules plats, dont quelques-uns ulcérés, aux fesses, sur le scrotum et le prépuce. Affection héréditaire, méconnue d'un docteur et que j'ai guérie par un traitement mercuriel général, direct et externe.

La nourrice était malpropre, mais saine.

La mère était grasse, fraîche, très-jolie et indemne.

Le père, soigné pour un chancre et un bubon, avant son mariage, il y a deux années environ, portait des pustules croûteuses sur le cuir chevelu et le visage, des glandes cervicales engorgées, des plaques eczémateuses sur le corps et spécialement aux avant-bras, et une large ulcération, aussi à cachet spécifique, sur la partie interne du mollet droit.

Le second cas, par les piquantes historiettes qui s'y rattachent (l'ami de la maison, la mère et son enfant, puis la domestique ont la vérole; le mari est indemne), est digne de votre plume spirituelle ou de celle de votre maître, l'auteur des *Lettres sur la syphilis.*

Je n'ose donc me permettre d'essayer de vous le raconter, d'autant plus qu'il me faudrait donner sur les doigts à deux confrères, et qu'ayant quelquefois besoin d'indulgence, tout aussi bien que les praticiens attachés aux hôpitaux, je dois, par réciprocité de bons procédés, en avoir pour autrui. Vous connaissez ces adages : *Errare humanum est ; par pari refertur.*

Le troisième va vous être servi tout frais, car je le recueille aujourd'hui même (22 novembre), grâce à l'obligeance d'un de mes bons collègues.

Le père, marié depuis quatre ans, a eu la vérole étant garçon.

La mère, qui a 22 ans et n'accuse aucun symptôme syphilitique, a eu quatre enfants. Le premier est mort âgé de huit jours; le second a succombé à sept emaines, dans un état de marasme; le troisième vit encore et a été traité par un

mien confrère, comme héréditairement syphilitique; enfin, le quatrième, celui que j'ai sous les yeux, a trois semaines. Depuis trois jours il est malade.

Voici quelle est sa position : corps maigri, figure ridée, commencement de décrépitude et de coryza; mains violacées; la vulve, les fesses, la partie postérieure des cuisses, les talons, la plante des pieds et plusieurs orteils, sont comme échaudés. La peau dans ces endroits est lisse, chaude, brillante, rougeâtre, violacée, parsemée aux pieds de petites élévations qui semblent vouloir se transformer en pustules. Sur les fesses, dans la région ano-génitale, et dans les aînes, je reconnais quelques tubercules muqueux, très-petits.

Quant à mon quatrième fait, il doit vous être donné avec détails, parce qu'il offre de l'intérêt, scientifiquement parlant, bien entendu.

J'hésite à vous prier de le communiquer à votre Société, car, cette fois, malgré le flegme pacifique du Flamand, la discussion entraînerait une mêlée, dans laquelle l'arme de John Bull, l'usage de tout autre étant prohibé en Belgique, distribuerait nombre de horions.

Passez au déluge, allez-vous me dire!

M'y voici presque, cher confrère, car le sujet de l'observation que je veux vous rapporter, a été pris par moi, au moment où il sortait de l'arche, dans laquelle, tout un chacun de nous reste emprisonné, neuf mois durant, au milieu des eaux.

Syphilis congénitale, caractérisée par des végétations énormes, le coryza et des tubercules muqueux.

Le 27 septembre 1853, est né un garçon, portant des tumeurs à l'anus.

Le 29, j'étais absent, on le fit visiter par un mien confrère, lequel conseilla de m'attendre.

Le 9 octobre, ce nouveau-né présentait, en avant, à gauche et en arrière de l'anus, trois tumeurs, ayant tout à fait l'aspect des végétations syphilitiques, et dont deux avaient chacune le volume d'une aveline.

A ce symptôme, je reconnus une syphilis héréditaire.

Cet enfant, gras, frais, rosé, à chairs fermes, ne présentant point d'autres accidents vénériens, et sachant que mon savant confrère avait hésité sur le diagnostic de son affection, je ne voulus point commencer immédiatement le traitement approprié, afin de permettre à d'autres symptômes syphilitiques de se montrer.

Le père est un égoïste, sot et méchant, duquel on ne saurait obtenir aucun renseignement.

La mère, esclave et courageuse ouvrière, croit son mari propre, et m'affirme n'avoir failli à l'honneur avant comme après son mariage, qui remonte à huit ans, pendant lesquels elle a eu deux enfants. Cependant je lui trouve les piliers antérieurs et le voile du palais rouges, violacés et érythémateux. Elle convient avoir de la raideur et de la sécheresse de la gorge, chaque soir.

Le 20, l'enfant est amaigri et ridé; il a un coryza, porte des tubercules plats aux fesses et sur le scrotum.

Le 23, mon confrère aidant, j'enlève, avec le bistouri, les excroissances anales,

offrant déjà plusieurs ulcérations chancreuses. L'hémorrhagie, qui a lieu en nappe et par deux artérioles, est arrêtée promptement à l'aide d'un tampon de charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer.

Le 25, les plaies sont rétrécies, mais ont la forme chancreuse ; deux tubercules plats sont ulcérés superficiellement : l'un, sur la pointe de la fesse droite ; le second, sur le scrotum.

Traitement : pour la mère, le matin à jeun, et le soir deux heures après le dernier repas, dans une tisane de bardane et de houblon, une cuillerée ordinaire de sirop de Larrey avec addition de deuto-chlorure; pour l'enfant : pansement des plaies avec du cérat mercuriel; chaque jour, alternativement, sur un des côtés de la poitrine, une friction douce, avec soixante et quinze centigrammes d'onguent napolitain bien frais. Tous les quatre jours, un grand bain amylacé.

Le 3 novembre, le petit garçon a déjà repris de l'embonpoint, ses plaies chancreuses sont guéries ; encore quelques tubercules plats ; légers coryza et bronchite. L'angine de la mère est disparue.

Traitement : pour la mère, ut supra ; pour l'enfant, une embrocation huileuse sur le thorax et le front, de l'eau chaude aux pieds ; suspension des grands bains, continuation des frictions.

Le 7, le coryza persiste, mais n'est pas aggravé ; encore deux tubercules sur le prépuce; quelques vésicules eczémateuses sur les deux côtés du thorax. Suspension des frictions ; mais continuation du traitement indirect.

Le 20, l'enfant gras, frais, à chairs fermes, bien portant, ne porte plus aucune trace de sa maladie héréditaire.

Continuation du traitement de la mère.

Vous le reconnaissez maintenant, très-honoré confrère, cette observation mérite de voir le jour. En effet, elle parle d'un symptôme de la syphilis héréditaire du nouveau-né, très-rarement rencontré, même dans les hôpitaux, s'il faut en croire les auteurs que j'ai consultés, au nombre de trente-deux, depuis et y compris J. Catanée et N. Massa, jusqu'à MM. Maisonneuve, Montanier et Vidal (de Cassis) inclusivement.

Rosen de Rosenstein et Bertin parlent de ce symptôme.

Cullerier (oncle) dit avoir vu un enfant naître avec des choux-fleurs.

Les porreaux, les verrues, les choux-fleurs, les crêtes de coq, dit M. Lagneau, s'observent très-rarement chez les enfants. Ils siégent constamment sur les faces muqueuses, et annoncent toujours une syphilis ancienne. On le remarque pourtant quelquefois au pourtour de l'anus, sur la face externe des grandes lèvres, entre les parties génitales et la partie supérieure des cuisses.

On trouve dans *le Traité des maladies des enfants* de Billard (3e édition), l'observation due à Ollivier, d'un enfant couvert de verrues, conséquence d'une syphilis constitutionnelle.

Tels sont les seuls petits renseignements que j'ai rencontrés dans les auteurs, ayant quelque rapport avec mon fait.

Celui-ci, à mes yeux du moins, offre encore un autre intérêt.

M. Ricord a dit quelque part, et après lui, beaucoup d'autres, même attachés à des hôpitaux, que la syphilis héréditaire ne se révèle point, au moment de la naissance, par des symptômes extérieurs.

C'est là une des erreurs de l'école de votre digne maître, que mon observation démontrerait, si Fabre, Rosen, Doublet, Merkling, Gilbert, Bertin, MM. Desruelles, Deville (cité par M. Bouchut) et P. Dubois ne l'avaient déjà fait avec autorité.

Mais, pensez-vous peut-être : *Jam satis, una superque!* surtout après mes dernières réflexions; cependant, je ne puis terminer sans vous témoigner ma reconnaissance pour votre accueil amical, et le bien grand plaisir que j'ai ressenti à causer science avec un homme aussi poli, aussi instruit, et aussi justement honoré que vous.

Dr E. PUTEGNAT.

Lunéville, 23 novembre 1853. Membre et lauréat de plusieurs sociétés savantes.

FRACTURE DE LA CUISSE SUIVIE DE LA GANGRÈNE DU PIED. AMPUTATION DE LA JAMBE. GUÉRISON. — ÉCRASEMENT ET AMPUTATION SIMULTANÉE DES DEUX JAMBES. GUÉRISON. — *Observations communiquées par M. le docteur* PÉRARD, *membre correspondant à Charleroi.*

Un ouvrier houilleur eut la cuisse droite fracturée par le choc d'un corps contondant; au dire du médecin qui lui avait appliqué l'appareil, cette fracture était multiple.

Après quelques jours de l'application de cet appareil, le malade se plaignit d'avoir le pied froid, et de ce que la jambe lui paraissait trop serrée. On n'ajouta pas d'importance à cette plainte, et ce ne fut que huit ou dix jours après que l'on incisa l'appareil. On remarqua une diminution notable de la chaleur dans le pied; il présentait même déjà une teinte violette, accompagnée d'état œdémateux; des douleurs considérables s'y faisaient sentir, et irradiaient dans tout le membre.

Le médecin traitant attribua ces accidents à la déchirure de l'artère crurale par l'un des fragments.

C'est à cette époque, vingtième jour de l'accident, que je fus adjoint aux médecins qui soignaient le blessé. Or, voici ce que je remarquai : état fébrile, maigreur, facies altéré, insomnie; le pied était noir, carbonisé, aucun signe de délimitation entre les parties saines et la partie mortifiée, n'existait encore; le membre était œdématié jusque vers la partie moyenne de la cuisse, lieu de la fracture dont le travail de consolidation était déjà commencé.

Une discussion s'engagea entre les consultants sur la cause du mal et sur le remède à y apporter.

Quelle était la cause de cette gangrène? De trois choses l'une, ou elle dépendait de la constriction trop forte de l'appareil, ou elle était le résultat de la déchirure de la crurale, ou elle était l'effet d'une artérite par cause interne.

Mon avis fut que, dans l'un comme dans l'autre cas, il fallait attendre que la

gangrène fût bornée, parce que, en opérant immédiatement, on courait le risque de le faire inutilement et de voir la gangrène se reproduire dans le moignon. Mon avis fut partagé par tous les consultants, à l'exception du médecin traitant qui voulait d'abord opérer immédiatement, mais qui finit par se rallier à notre avis ; on remit la consultation à quelques jours.

Entre temps le malade fut soutenu par un régime assez nourrissant ; des fomentations aromatiques furent appliquées sur le pied.

A la seconde réunion, qui eut lieu le 15 avril, une ligne de démarcation s'établissait visiblement entre les parties saines et la partie gangrenée ; le reste du membre conservait de la chaleur ; en palpant le mollet, je constatai de la fluctuation, que je fis remarquer aux confrères présents ; je proposai de faire une incision pour donner issue au liquide accumulé, incision qui aurait en même temps pour but de nous faire apprécier l'état des tissus sous-jacents. Elle fut faite à l'instant et donna issue à une grande quantité de sanie purulente. Les mêmes moyens sont continués.

La réunion fut remise au 21, jour fixé pour statuer définitivement sur la position du malade.

Lors de cette réunion, nous trouvâmes le cercle inflammatoire parfaitement établi ; la plaie résultant de l'ouverture du foyer purulent de la jambe, présentait un aspect assez satisfaisant ; la chaleur du membre était à peu près normale.

En présence de ces symptômes, il fut décidé que l'on procéderait immédiatement à l'amputation de la jambe, la nature des tissus mis au jour par la plaie de la jambe nous rassurant sur la vitalité des parties supérieures.

Celle-ci fut donc faite à l'instant et eut un plein succès. Elle fut pratiquée au lieu d'élection au-dessous du genou ; il est bon de remarquer que pendant l'opération, les artères donnèrent abondamment, ce qui prouve suffisamment que l'accident qui nous avait forcés de recourir à cette ressource extrême ne tenait pas à la déchirure de l'artère crurale.

Il ne tenait pas non plus à une cause inhérente au système artériel (artérite, gangrène spontanée, sèche, sénile). L'individu n'était pas d'un âge où ordinairement cet accident arrive, et un cercle de délimitation s'était manifesté beaucoup plus vite que cela n'a lieu d'habitude dans cette sorte d'affection, car il est de remarque que, lorsque la gangrène tient à cette cause, le cercle inflammatoire, quand il se forme, est infiniment plus long à s'établir.

Cette gangrène ne pouvait donc dépendre que de la constriction trop forte exercée par l'appareil vers l'extrémité inférieure ; ce qui a été remarqué avant la section de l'appareil, ainsi que ce qui a été observé après l'opération, en est une preuve convaincante.

A l'occasion de cette amputation simple de jambe, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de donner l'histoire d'une amputation des deux jambes faite à la fois et avec un plein succès. Cette mutilation double, si elle n'est pas sans exemple dans les annales de la science, est au moins assez rare, surtout suivie de succès, ainsi que c'est le cas dans cette observation. Une longue carrière, noti-

seulement dans les guerres de l'Empire, mais aussi dans les hôpitaux de Paris, ne m'a jamais rendu témoin.

Observation. — Le nommé François Treffois, âgé de 38 ans, ouvrier du chemin de fer de l'État à la station de Floreffe, eut les deux jambes broyées à leur partie inférieure par les roues d'un waggon, le 22 février dernier. Cet homme fut transporté dans cet état à notre hôpital civil, où l'amputation des deux jambes lui fut pratiquée immédiatement, à quatre travers de doigt au-dessous des genoux.

Le malade, préalablement chloroformisé, subit cette double opération avec la plus grande résignation et sans mot dire. Malgré cette double mutilation, bien faite pour s'attendre à un insuccès à cause des accidents qui peuvent déjà survenir après le retranchement d'un seul membre, il n'en surgit aucun. La fièvre traumatique fut modérée, et la cicatrisation eut lieu en moins de six semaines.

Une chose seulement que je tiens à signaler parce que je la recommande aux praticiens et que je me propose de la mettre en pratique dorénavant, ainsi que je l'ai fait chez le sujet de l'observation qui précède, c'est l'avantage que l'on retire de la section oblique de l'angle antérieur du tibia, avant de procéder à la réunion de la plaie.

Dans le cas que nous citons, cette précaution ne fut pas observée, et dans le cours du traitement, je remarquai que la peau, dans le point correspondant du tibia, s'enflamma, qu'une escarrhe s'y forma et qu'une exfoliation eut lieu.

Ce précepte est d'ailleurs recommandé par les auteurs modernes. Citons à cet égard le passage suivant d'un article publié par Blandin dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : « Telle qu'on la pratique ordinairement, » la section du tibia est faite perpendiculairement à l'axe de l'os ; elle laisse son » angle antérieur très-saillant dans le moignon, et très-disposé à irriter les » chairs dans lesquelles il est caché ; pour éviter cet inconvénient, le professeur » Marjolin et non Béclard, comme on le répète généralement, a proposé dès long- » temps d'abattre l'angle antérieur du tibia ; précepte excellent, qui a été adopté » presque unanimement. A cet effet, on peut, après avoir fait la section de l'os » comme de coutume, reporter la scie sur l'angle du tibia pour l'enlever ; ou » mieux, après avoir coupé le périoste obliquement sur la partie antérieure de » cet os, on y fait agir la scie très-obliquement de haut en bas, et lorsqu'elle s'est » creusé un sillon oblique de cinq ou six lignes de profondeur, on la retire, » pour la replacer perpendiculairement sur l'os, au niveau de la base du petit » lambeau osseux qui a été taillé ; on achève alors comme si l'on n'avait pas » commencé par la section oblique. Lorsque l'on replace exactement la scie » comme nous l'avons indiqué, l'angle du tibia se sépare complétement tout » seul, et pendant que l'on achève la section des os. Béclard voulait que l'on » ne commençât la section du tibia qu'après avoir divisé tout à fait le péroné, » mais en les coupant tous deux sur le même niveau. M. Roux recommande » au contraire de couper le péroné un peu plus haut que le tibia. »

Quant à moi, je préfère, et c'est celui que j'ai adopté et que je suivrai dorénavant, l'un des deux premiers procédés indiqués, c'est-à-dire : ou enlever l'angle du tibia, après la section de l'os comme de coutume, ou former un lam-

beau de cet angle, avant de faire la section de l'os. L'un et l'autre sont bons et faciles ; l'adoption de l'un plutôt que de l'autre est laissée à l'habitude et au choix du praticien. Mais je le répète, je ne puis assez recommander l'accomplissement de ce précepte à tous les praticiens, ayant plusieurs fois remarqué que pour l'avoir négligé on s'exposait aux inconvénients que j'ai signalés plus haut.

II. REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Médecine et Chirurgie.

Du siége et des causes les plus ordinaires des maladies du cœur ; par M. GRAUX, membre titulaire de l'Académie de médecine de Belgique (1).

Traitement général et motivé.

Rien n'est plus contraire aux progrès d'une science d'application que les faits mal interprétés, que les succès non justifiés par la science et la raison. Un succès imprévu, aux yeux de l'homme éclairé, n'a pas le mérite d'un revers prévu et annoncé d'avance. Dans le traitement des maladies l'appréciation des lésions est la base la plus sûre. Que la médication soit agissante ou expectante, elle doit toujours être la conséquence d'un raisonnement éclairé.

Or, d'après les développements qui précèdent, tous étayés sur la science enseignée, sur les observations cliniques faites dans les salles de malades comme dans les amphithéâtres, nous sommes obligé, pour être conséquent, d'établir d'abord que les maladies du cœur peuvent être rangées parmi les plus communes, qu'elles sont toujours graves non-seulement par l'obscurité qui les enveloppe dès leur début et la nature des causes qui les font naître, non-seulement par le degré d'altération du tissu de l'organe, mais encore par leurs effets consécutifs sur les poumons et l'économie tout entière. Toutefois, leur gravité peut se mesurer sur une échelle proportionnelle qui s'étend depuis la simple irritation de la fibre musculaire jusqu'à sa décoloration et son ramollissement pulpeux ; depuis la blancheur opaline des tissus fibreux de la membrane interne des veines pulmonaires, de leurs valvules et des tendons qui y aboutissent, jusqu'à l'insuffisance la plus complète, caractérisée par l'induration fibro-cartilagineuse de ces mêmes tissus et la communication permanente du ventricule avec l'oreillette ; enfin, depuis l'atrophie avec épaississement double des parois ventriculaires jusqu'à la dilatation passive de celles-ci avec amincissement très-considérable.

Ainsi, les maladies du cœur embrassent toutes les lésions physiologiques et anatomiques qui s'étendent depuis l'irritabilité de sa fibre jusqu'aux altérations les plus profondes de son tissu. Ces deux modifications, inséparables l'une de l'autre, ne marchent cependant pas toujours dans leur développement d'un pas égal.

Partant de là, nous dirons que les cavités gauches du cœur restent, dans ces conditions comme dans l'état de santé, sous l'action immédiate du sang qui le traverse. Or, le sang est à cet organe ce que la lumière est aux yeux, ce que les saveurs sont au goût, les boissons et les aliments à l'estomac. Il le stimule, il en excite et modifie les mouvements, il en est l'unique agent fonctionnel. C'est donc au moyen de la circulation que nous parvenons surtout à modifier l'état du cœur et à porter remède à ses lésions.

Le sang affecte le cœur par sa qualité, par sa quantité et par les agents étrangers qu'il peut renfermer. C'est donc en opérant sur les agents qui composent le sang, par conséquent sur sa qualité ; c'est en agissant sur sa quantité, soit qu'on l'augmente ou qu'on la diminue ; c'est en prévenant l'action des agents qui lui sont contraires, en éliminant ceux qu'il peut contenir, ou en introduisant en lui d'autres agents propres à le modifier et à agir directement sur les principaux organes de la circulation, que le traitement des maladies du cœur devient rationnel et efficace.

Si l'affection se borne à une susceptibilité qui rend le cœur trop impressionnable, si elle consiste dans une simple irritation

(1) Voir notre tome XVII, page 517.

de cet organe, que cette irritation soit le résultat d'une cause directe, ou qu'elle soit transmise du poumon, comme il arrive dans la bronchite aiguë, l'observance d'une hygiène bien entendue, une alimentation ménagée et adoucissante et les boissons délayantes ou mucilagineuses suffiront, dans l'un et l'autre cas, au rétablissement.

Mais ces affections sont-elles accompagnées de pléthore, ou d'une constitution sanguine trop prononcée, ce qui est indiqué par l'augmentation des battements du cœur et leur fréquence, par la chaleur à la peau, par la gêne de la respiration, par la coloration des joues, etc., la saignée proportionnelle occupe la première place dans le traitement. Les boissons délayantes et une diététique en rapport avec cette médication en sont inséparables.

La saignée suffisante modifie constamment la force du pouls; mais elle ne peut pas en modérer instantanément la fréquence, comme on pourrait s'y attendre, soit parce que l'irritation du cœur persiste même après la diminution de la quantité de son excitant fonctionnel, soit parce que le fluide renferme encore trop de principes stimulants. C'est à la diététique émolliente et soutenue pendant un temps suffisant, qu'il appartient d'apaiser les troubles de la circulation.

Si la pléthore est la seule cause de l'excitation organique, la saignée suffit au complet rétablissement.

N'est-ce pas ici le moment de faire remarquer que les absorptions interstitielles ont bientôt reconstitué la pléthore, rendu au sang ses conditions premières et reproduit tous les phénomènes qui ont réclamé l'emploi de la déplétion? C'est alors que le médecin peut être induit en erreur par les apparences et regarder le non-succès comme la conséquence d'un traitement mal entendu, tandis qu'il n'est que le résultat d'une pléthore promptement réparée. Cette méprise a plus d'une fois détourné le médecin de la véritable voie du traitement, en lui faisant considérer les saignées comme inutiles et quelquefois nuisibles. Il faut, au contraire, si les symptômes ont quelque gravité, avoir de nouveau recours aux déplétions, sans trop se préoccuper de celle qui a été pratiquée précédemment.

L'affection a-t-elle pris les proportions de l'endocardite aiguë, toujours accompagnée d'insuffisance temporaire, produit-elle des troubles dans le rhythme du cœur et dans la force de son action, la gêne de la respiration, l'engorgement de la base des poumons, l'arrêt ou le ralentissement du sang dans la circulation veineuse, d'où le trouble du sommeil, les rêves, la pesanteur de tête? La saignée générale, même répétée, est encore le moyen auquel il faut d'abord avoir recours pour diminuer les accidents consécutifs à l'affection principale et en même temps l'état d'excitation du cœur. Nous ne sommes pas d'avis que dans le traitement des maladies du cœur et des poumons, les ventouses et les applications de sangsues même à l'anus, puissent jamais être mises en parallèle avec la saignée générale, et par conséquent lui être substituées. C'est ici surtout que, pour obtenir les résultats que l'on a droit d'attendre des saignées générales, pour atténuer la composition du sang, en diminuer le volume et le ramener à un état moins excitant, il faut avoir recours à l'usage des substances émollientes et mucilagineuses sous forme d'aliments et de boissons. Toutefois l'effet de ces boissons et de la diététique ne se produit guère d'une manière sensible qu'après quelques jours de leur emploi. Toute nourriture animale, surtout chez les personnes qui en ont fait habituellement usage, si elle est prise avant l'extinction complète de l'endocardite, de l'irritabilité de la fibre musculaire du cœur, tendra nécessairement à reproduire le mal ou à l'entretenir sous une forme obscure. C'est la précipitation avec laquelle les malades, trop empressés de réparer leurs forces, prennent des nourritures fibrineuses et trop analeptiques, qui est la cause de la prolongation des endocardites chez les personnes qui ont été atteintes d'arthrite aiguë, et qui fait échouer le traitement le mieux entendu.

Nous venons de dire que l'on ne pouvait attendre des applications de sangsues et de ventouses les mêmes effets que de la saignée générale. Cependant, lorsque les accidents consécutifs ont disparu et que l'affection est circonscrite au cœur, nous retirons des avantages marqués des saignées locales, opérées par l'application des sangsues dans la région supérieure de l'angle épigastrique, près de l'apophyse xiphoïde ou à la fourchette sus-sternale.

L'endocardite peut de l'état aigu passer à l'état chronique ou latent, et amener avec le temps des altérations de tissus dans les parties de l'organe qui sont spécialement le siége de la lésion. Alors l'appareil valvulaire acquiert insensiblement de l'induration et cesse d'accomplir exactement ses fonctions. La communication qui s'établit alors entre le ventricule et l'oreillette, est connue sous le nom d'insuffisance

valvulaire. Cette communication qui tend à confondre les deux cavités, est la cause de cet état de développement du cœur, que l'on a appelé hypertrophie excentrique. Dans ce cas, le sang reflue contre son cours ordinaire et donne lieu à toutes les conséquences qui se produisent dans cette affection, telles que les congestions, les apoplexies pulmonaires, les pouls veineux, les infiltrations des extrémités inférieures d'abord et de tout le tissu cellulaire ensuite.

Les affections du cœur et leurs conséquences arrivées à ce point ne proscrivent pas même l'usage de la saignée; et que ceux qui vantent les bons effets des diurétiques, du fer, de la digitale, etc., ne viennent pas nous raconter les heureux résultats qu'ils ont obtenus, nous ne pouvons pas ajouter la moindre foi à de semblables succès. Nous sommes d'avis que dans ces cas, bien graves sans doute, il est impossible de rétablir les sécrétions, et en particulier les sécrétions urinaires, avant d'avoir porté remède aux altérations de la circulation. Nous préconisons donc encore ici l'usage de la saignée générale même appliquée à la jugulaire, lorsque l'infiltration rend impossible l'ouverture de la veine au pli du coude. En pareilles circonstances, le sang n'est extrait de la veine que dans le but de la désemplir, de faciliter la respiration et la circulation à travers les poumons et le cœur, de favoriser la rentrée dans les gros vaisseaux des fluides qui engorgent les capillaires des parenchymes et de reconstituer autant que possible l'ensemble de la circulation sous la dépendance de laquelle se trouvent toutes les sécrétions. L'observation et l'autorité de la science étayent ce fait, que la respiration plus libre, conjointement avec une moindre quantité de sang, suffit pour reproduire des actes fonctionnels suspendus, tels que la calorification et les sécrétions.

La saignée doit donc ici être employée sous un point de vue tout mécanique. C'est souvent pour n'avoir pas poussé assez loin les déplétions, que le médecin, retenu par la timidité ou la crainte, n'a pas atteint le but. A quoi bon d'ailleurs ce sang ralenti dans sa marche, engorgeant les viscères, les vaisseaux capillaires, et portant avec lui à peu près les caractères du sang de l'asphyxié?

La première saignée doit souvent être plus copieuse que les suivantes; dans d'autres circonstances, moins ordinaires, elle sera plus petite, mais aussi plus fréquemment répétée. C'est à la sagacité du médecin à tenir compte à cet égard de la constitution du sujet et de la gravité de l'indication.

La diète rigoureuse et le séjour au lit sont inséparables d'un traitement de cette nature. Le lait coupé doit suffire, pendant plusieurs jours, à la nourriture des malades, afin de laisser à l'économie le temps de réparer les conséquences de la saignée et les désordres consécutifs de la circulation.

C'est au moment où la peau se réchauffe, où les urines tendent à se rétablir, où un mieux apparent se manifeste, que les agents diurétiques trouvent leur application, et produisent d'heureux résultats en favorisant les tendances fonctionnelles. Avant ce moment ils seront sans effet.

Les maladies du cœur arrivées à ce haut point de développement, exigent l'attention du médecin, spécialement en ce qui concerne les infiltrations. La sérosité des infiltrations, quelle que soit leur étendue, exerce sur le tissu cellulaire qui les renferme et même sur le parenchyme des viscères, une action de macération et de déplacement des plus fâcheuses. Elle ramollit constamment ce tissu, au point de pouvoir être déchiré avec la plus grande facilité. C'est à cette époque de l'infiltration que les érysipèles suivis de sphacèle, se produisent instantanément. Leur siége le plus ordinaire est le scrotum, le haut des cuisses et le pli de l'aine. Ces accidents sont toujours mortels si l'on n'y apporte un prompt remède. Il importe donc d'avoir immédiatement recours aux scarifications pratiquées à la partie interne des jambes au-dessus des malléoles, à l'endroit où siégent le plus ordinairement les ulcères atoniques. Les scarifications pratiquées au scrotum sont nuisibles ou sans résultat pour l'écoulement des liquides des extrémités; celles que l'on pourrait faire à la partie interne des cuisses sont graves et dangereuses, tandis que celles que l'on pratique à la partie interne des jambes sont sans inconvénient et opèrent, appliquées aux endroits les plus déclives, sur toutes les extrémités et même sur le tronc. Quant aux sérosités qui occupent les membres supérieurs, c'est à la face dorsale de la main qu'il faut en établir l'issue. Les raisons que nous avons données doivent faire comprendre que l'emploi des scarifications doit coïncider avec le traitement indiqué plus haut.

Ce traitement, qui offre quelque rapprochement avec celui de Valsalva, n'est toutefois applicable, avec un grand espoir de succès, qu'aux personnes dont l'âge n'est pas trop avancé. Si des symptômes aussi fâcheux, suite des maladies du cœur,

se présentaient dans un âge rapproché de la vieillesse, l'espoir de réussir serait illusoire, et sans perdre de vue les motifs qui nous ont fait poser les bases de notre traitement, nous abandonnerions plus volontiers au temps, au régime et aux dérivatifs, en un mot aux palliatifs, le soin de prolonger l'existence du malade.

Le bandage circulaire et compressif peut avoir d'heureux résultats sur la peau et le tissu cellulaire qui ont été longtemps baignés et distendus par les sérosités; il est propre à rendre à l'une et à l'autre la tonicité qu'ils ont perdue par l'action de ces fluides. On pourra en faire usage sans inconvénient, lorsque les urines auront repris leur cours.

L'état du bas-ventre et des viscères qu'il renferme, exige aussi une attention spéciale de la part du médecin. Le volume de cette région, la matité qu'elle présente généralement sur tous ses points et notamment dans les endroits occupés par les grands viscères parenchymateux, la coloration bleuâtre de la membrane muqueuse de l'anus sont une nouvelle preuve de l'engorgement de la circulation du système de la veine-porte et des organes dans lesquels il prend son origine. Poussé plus loin, cet engorgement peut, par le suintement, donner lieu aux selles sanglantes. C'est en considération de cet état des viscères du bas-ventre, qu'une diététique sévère doit être longtemps suivie, c'est en considération de ces lésions, qui vont quelquefois jusqu'aux ecchymoses dans les parenchymes, que l'on doit prescrire, comme produisant les meilleurs résultats, les aliments légers, féculents ou lactés, pris à des distances éloignées et en petite quantité. Dans des affections semblables, une insistance prolongée dans ces moyens bien entendus, constitue une condition sans laquelle le succès est impossible.

Le pronostic des altérations de tissus est toujours grave. Cependant nous croyons devoir appeler ici l'attention sur une lésion du cœur que l'on rencontre chez les jeunes gens de dix-sept à vingt ans, et qui consiste dans la violence des battements du cœur, dans des palpitations, etc. Cette affection est généralement le résultat d'un développement irrégulier et trop rapide de l'organe principal de la circulation; les jeunes filles les mieux constituées en sont souvent atteintes à l'époque de leur nubilité. Prise tantôt pour une hypertrophie, d'autres fois pour l'effet de la chlorose, elle met l'usage du fer en défaut. Le temps, l'éloignement de toute stimulation alimentaire, les exercices corporels, une saignée, l'usage auxiliaire des sédatifs de la fibre musculaire, l'apparition de la menstruation chez les femmes, dissipent ces accidents. Cependant, nous ferons remarquer que l'existence de la chlorose favorisée par l'âge de l'adolescence, peut coïncider avec ce développement du cœur et donner lieu à une perturbation de battements qui ferait croire à la présence d'une affection organique très-avancée. Dans ce cas, la médication appliquée à la chlorose, venant à calmer les désordres de la circulation, a pu donner lieu de penser que les affections organiques du cœur trouvaient un traitement efficace dans l'usage des toniques et des ferrugineux.

Comme les bronchites, les altérations du cœur sont susceptibles de passer de l'état chronique à l'état aigu par l'influence des causes morbides nouvelles auxquelles la circulation peut être soumise.

Les révulsifs appliqués aux maladies du cœur, ont des résultats douteux, et si nous excluons les affections qui appartiennent aux enveloppes du cœur, nous avouons avoir obtenu de cette médication peu d'effets avantageux. Parmi eux cependant, entre tous, nous préférons le séton.

Il n'en est pas de même des sécrétions provoquées par l'action sur le tube intestinal, des purgatifs, tels que les agents minoratifs, les sels de soude et de potasse, etc. Leur administration, plus ou moins rapprochée, non-seulement est sans danger, mais est fréquemment suivie d'heureux résultats.

Nous ne croyons pouvoir trop insister sur l'influence du régime dans le traitement des maladies chroniques. Il renferme les moyens les plus efficaces d'amélioration et de guérison si elle est possible. Que sont, à côté du régime, les prescriptions officinales, dont l'action contre une altération matérielle résistante est nulle ou passagère, et dont, par conséquent, l'effet dans l'occurrence ne peut être qu'auxiliaire? C'est mal apprécier les lésions que de vouloir les combattre instantanément ou les guérir en toute circonstance. Cette prétention exorbitante, non-seulement peut être un obstacle à l'amélioration de l'état du malade, mais même devenir la cause des plus redoutables accidents. La micrographie et la chimie organique ont, à notre époque, rendu d'incontestables services à la médecine, et les traités d'hématologie ont replacé le fluide incitatif de la vie par excellence, dans le domaine des sciences anatomiques et physiologiques d'où les solidistes et les vitalistes semblaient l'avoir exclu. C'est en replaçant le sang et tous les fluides récré-

mentiels dans la catégorie des systèmes organiques susceptibles d'altérations que ces traités ont rendu de réels services. Des savants, en France comme en Allemagne, et parmi eux nous devons spécialement citer M. Andral, nous ont, sous ce rapport, fourni les moyens d'étendre le cercle de nos recherches. Mais voir dans le microscope, dont les limites sont aussi bornées, et au delà desquelles surgissent des systèmes si hasardés, autre chose que des moyens d'investigation, c'est ce qui nous est impossible. L'anatomiste et le physiologiste ont droit de s'applaudir de posséder ces moyens d'inspection et d'analyse; mais ce serait transformer le véritable intérêt qu'offrent ces sciences en une source d'erreurs, que de céder à leurs prétentions et de les laisser primer l'organisme humain, tant sous son point de vue anatomique que sous son point de vue physiologique. Ainsi, selon nous, l'usage du microscope doit succéder à celui du scalpel, et la chimie dans ses évaluations quantitatives, dans les renseignements qu'elle peut nous fournir sur les proportions constitutives des parties qui composent nos fluides, et sur leurs altérations mêmes, ne suffit point au médecin pour asseoir ses indications thérapeutiques.

C'est donc, selon nous, une erreur de s'occuper trop attentivement dans le traitement des maladies chroniques des principaux organes de la circulation, d'un peu plus ou d'un peu moins de fibrine, ou, si l'on veut, de globuline. Si l'on prête une attention trop sérieuse à l'état du sang dans ces affections, on sera nécessairement conduit à conseiller l'usage d'un régime animal soutenu, le plus ordinairement nuisible, dans le but de remédier à l'atonie générale et aux infiltrations. Quel danger peut-il résulter de la présence d'un sang moins excitant, moins nutritif? Quelles conséquences fâcheuses peuvent produire un peu de pâleur, un peu moins de chaleur à la peau, un pouls moins fort, lorsque les fonctions principales s'exécutent avec une facilité et une régularité qui témoignent d'une amélioration, et lorsque l'expérience démontre que ce n'est que dans cet état de la circulation que les accidents consécutifs se dissipent par la résolution? Ne voit-on cependant pas tous les jours, dans le traitement des affections dont nous nous occupons, avoir recours à un régime plus substantiel même que celui qui conviendrait à une personne bien portante et livrée à des travaux fatigants? Cet empressement à reconstituer les forces, provoqué par la crainte peu fondée de la faiblesse symptomatique, est la cause non-seulement d'insuccès, mais souvent d'accidents beaucoup plus graves. Fort de l'expérience, nous repoussons l'usage d'une diététique aussi mal entendue. Non-seulement on ne peut, dans le but de combattre une anémie concomitante ou suite d'une altération des principaux organes de la respiration, composer les nourritures de viandes rôties et de bouillons réparateurs, mais les substances qui composent l'alimentation doivent être légères, féculentes et albumineuses, et les repas doivent se succéder à des intervalles assez longs. Les décoctions amères seront généralement d'un heureux usage.

Les altérations consécutives dont le tube digestif et ses annexes sont le siége, exigent ces mesures diététiques. Les malades et le médecin ne sauraient, nous le répétons, montrer sur ce point trop de sévérité. Ce n'est qu'au moment où l'état des organes touchera à ces conditions normales que l'on pourra, sans crainte de voir la maladie récidiver, se départir de cette sévérité et faire des concessions aux désirs du malade.

Si nous insistons aussi fortement sur le régime, c'est que nous en avons apprécié toute l'influence. Nous connaissons trop l'entraînement des malades à suivre leurs habitudes, à rechercher même les plaisirs, sans compter avec la gravité des lésions dont ils sont atteints. Mais, après une saignée plus ou moins copieuse, répétée même au besoin plusieurs fois, pour faciliter la marche du sang dans les poumons et le cœur, pour exciter les résorptions des fluides stagnants et épanchés dans les viscères, faut-il immédiatement reconstituer les globules, en cherchant inutilement à animaliser le sang par la production d'un chyle plus substantiel, et cela pour remédier à des accidents dont les altérations pulmonaires et cardiaques sont la source? Mais à quel autre moyen aurait-on recours si l'on voulait produire les accidents que l'on cherche à combattre, les lésions de la circulation, les accès d'asthme, les congestions pulmonaires? Que ferait-on, si l'on voulait obtenir un résultat tout contraire à celui que l'on désire? Pourquoi donc chercher à fournir une chaleur inutile au corps, de la coloration au visage, de la vitesse et de la force à la circulation? Agirait-on autrement, si l'on voulait élever l'état chronique à un état aigu, provoquer des réactions fébriles, etc.? Selon nous, c'est à ces moyens qu'il faudrait avoir recours.

L'introduction dans les voies respiratoires et dans le sang artériel des vapeurs

de substances sédatives, telles que la digitale, la belladone, est d'une heureuse application, lorsque la fréquence du pouls appartient exclusivement à l'irritabilité musculaire des cavités gauches du cœur.

L'exercice dans des rapports mesurés aux forces et à l'aptitude du malade, est indispensable. Les fortes émotions et les travaux pénibles doivent être proscrits, plus particulièrement dans les affections du cœur. La chaleur du corps, et surtout des pieds, prend une place essentielle dans le traitement; c'est pourquoi les vêtements de laine sont préférables. L'air de la respiration doit être doux et pur, d'une température de 14 à 16°. Les transitions du chaud au froid sont funestes; c'est pour cette raison que les saisons d'automne et d'hiver sont loin d'être favorables au traitement de ces maladies, et que l'on ne saurait trop s'efforcer d'en neutraliser les mauvais effets.

Telles sont les bases du traitement applicable aux lésions des principaux organes de la circulation. Les modifications qu'elles peuvent éprouver dépendent de circonstances que le médecin seul doit apprécier. Ce n'est donc que par l'application du traitement aux faits particuliers que nous pourrons exposer ces modifications; toutefois elles ne porteront que sur les formes et n'altéreront pas les principes que nous venons de poser.

Les lésions consécutives aux altérations du cœur, par les troubles que celles-ci déterminent sous l'influence de certaines causes dans les organes pulmonaires, sont souvent beaucoup plus graves que ces altérations mêmes. Nous ne mentionnerons pas les hyperémies catarrhales, si rebelles et si persistantes, dans les saisons froides, chez les emphysémateux; nous signalerons seulement les congestions qui produisent, chez ces derniers, les accès d'orthopnée, les hémorrhagies bronchiques, et surtout l'apoplexie du poumon, consistant dans une hémorrhagie extra-vésiculaire du poumon plus ou moins étendue, caractérisée par la présence d'un caillot, la dépression vésiculaire et l'atrophie de cette partie du parenchyme de l'organe.

Ces altérations, inséparables des maladies du cœur et dont les formes dans la marche et les signes diagnostiques sont différents, réclament cependant en général le traitement précité. Mais comme pour faire l'histoire particulière de ces lésions, il serait indispensable de s'occuper de l'anatomie pathologique du parenchyme pulmonaire, de grouper séparément les signes au moyen desquels on distingue ces différents états, d'examiner si le tissu pulmonaire, après avoir été atrophié par l'hémorrhagie, peut de nouveau remplir ses fonctions; comme il nous faudrait étudier les formes apparentes de la résolution de l'épanchement sanguin, la marche de la pneumonie consécutive qui lui succède ordinairement et que l'on a souvent confondue avec la phthisie, et exposer les signes qui caractérisent la terminaison par sphacèle; comme ces divers états pathologiques réclament des détails assez longs et surtout l'appui authentique d'observations cliniques, nous croyons devoir nous arrêter ici et renvoyer à un autre travail l'examen de la solution de ces questions.

EFFICACITÉ DU CHARBON EN POUDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. ODILLE. — Depuis nombre d'années, la fièvre typhoïde fait des ravages d'autant plus grands, que dans beaucoup de cas la médecine est impuissante à combattre la série d'accidents fâcheux déterminés par la présence et l'absorption des matières méphitiques sécrétées par les boutons de la dothinentérie.

Les évacuants diminuent bien ces produits; mais, quelque rapprochés qu'on les donne, ils laissent toujours beau jeu à l'infection, pendant un laps de temps plus ou moins considérable. Les malades s'affaiblissent, se dégoûtent. L'adynamie arrive dans grand nombre de cas, ou tout au moins une convalescence interminable et aussi dangereuse que la maladie elle-même, car la moindre imprudence amène une rechute souvent mortelle.

Les mercuriaux, formant un bain sédatif sur l'éruption, empêchent l'absorption en rendant nulle la sécrétion. Mais ce bain n'est pas continuel : d'ailleurs il faut souvent pousser le traitement jusqu'à la salivation; la stomatite qui en résulte est une maladie dégoûtante, qui affaiblit considérablement le malade, que l'on ne ramène à la santé, si on en a le bonheur, que par une convalescence ni plus ni moins longue et pénible que celle obtenue par les évacuants.

Je viens proposer l'essai (qui n'en est plus un pour moi) d'un autre traitement, consistant à introduire dans les intestins une substance qui se mélange d'une manière incessante avec les matières sécrétées, annihile leurs principes morbides et les rend inoffensives. Cette substance, d'une innocuité parfaite, c'est le charbon de peuplier uni à la magnésie hydratée :

Pr. Charbon de peuplier. . 30 gram.
Magnésie hydratée. 8 —
M. et divisez en paquets, nº 24.

Je donne un paquet toutes les heures dans un quart de verre d'eau sucrée, dans les cas les plus graves. Je diminue le médicament selon la force de la maladie, de manière à arriver graduellement à zéro. Je fais accompagner cette médication d'un lavement émollient, tous les matins, et d'un lavement salé tous les soirs. Je crois ce dernier indispensable pour *désencombrer*, permettez-moi cette expression, les intestins.

Depuis quatre mois environ que mon ami, M. Laforest, pharmacien à Gray, me fit venir l'idée de cette médication, je l'ai employée déjà dans vingt-sept cas, et toujours avec le même bonheur. Dans vingt-deux, j'ai eu des débris membraneux dans les selles; onze étaient très-graves, un surtout. Un homme de 25 ans, libéré il y a deux ans du service militaire, pour une convalescence de fièvre typhoïde, Merland, en regreffe une nouvelle; débilité de longue date par le travail, la mauvaise nourriture et les privations de tous genres, il a la face terreuse, les yeux troubles, les lèvres blafardes, l'intelligence très-obtuse; il y a somnolence; le pouls est filiforme, disparaissant à la plus légère pression, très-irrégulier : 105 pulsations; la langue est blanche, à bords livides; il y a gargouillement et de 15 à 20 selles dans les 24 heures, d'une extrême fétidité et chargées de débris. Eh bien! 17 jours de charbon à la magnésie, et la convalescence est confirmée; huit jours plus tard, il peut sortir, manger et même boire du vin; enfin, depuis deux mois, il est entièrement guéri. Tous les autres cas ont marché avec la même rapidité, à l'exception de deux : l'un a pris le charbon pendant 35 jours, l'autre, au 22me jour, à la suite d'un bouillon de porc et pris en cachette, a eu une recrudescence, et aujourd'hui, son 45me jour, il n'est pas encore en convalescence.

En général, la moyenne du traitement est de 20 jours. Mais peut-être il faut tenir compte de la saison favorable dans laquelle j'ai essayé cette médication.

Il est des sujets qui ont une répugnance invincible pour le charbon uni à l'eau, alors je fais faire des pastilles :

Pr. Charbon de peuplier . . 30 gram.
Magnésie hydratée . . 8 id.
Sucre et mucilage Q. S. pour 90 pastilles.

Et je leur en fais prendre tant qu'ils le peuvent.

Tel est le traitement simple, innocent, facile à suivre, accepté généralement avec faveur et par le malade et par les parents, amenant une convalescence prompte et de peu de durée, que j'ai l'honneur de soumettre à la sagacité de vos lecteurs.

(*Revue de thérap. méd.-chirurgicale.*)

Emploi des fumigations d'iode dans les ophthalmies scrofuleuses; par M. A. Beauclair. — L'auteur de cette note, après s'être attaché à démontrer que les préparations iodées jouissent d'une grande efficacité dans le traitement des affections scrofuleuses, remarque avec raison que, lors même que l'état général est avantageusement modifié par ces remèdes, les localisations morbides sont souvent longues à disparaître. M. le docteur Bouchet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pensé que de même que l'iode agit utilement comme topique dans le pansement des ulcères et des tumeurs de nature scrofuleuse, ce métalloïde peut aussi offrir des avantages si on le met en contact avec la muqueuse palpébrale atteinte d'ophthalmie scrofuleuse. Il a, en conséquence, traité les malades atteints de cette sorte d'ophthalmie par les vapeurs d'iode dirigées sur les yeux au moyen d'un petit appareil composé de la manière suivante : il consiste à prendre une capsule en métal chauffée au degré voulu, on y projette l'iode en poudre ou en fragments, et on applique dans son intérieur un tube en verre terminé d'un côté par un orifice évasé, et de l'autre par une gondole ou œillère pouvant contenir l'œil comme le vase qui porte ce nom. De cette manière, la vapeur est entièrement recueillie; l'œil y est soumis aussi longtemps qu'on le désire; de plus le malade n'est pas suffoqué par l'odeur pénétrante de l'iode. — M. Beauclair rapporte deux observations à l'appui de ce nouveau mode de traitement : il faut dire cependant que, dans le premier cas, on a mis en usage, outre le traitement interne et les fumigations iodées, des mouches de Milan, un collyre au sulfate de cuivre et une pommade avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone. Il est difficile de dire si dans ce cas la guérison est bien due aux fumigations d'iode. Le second cas est plus probant, mais ne saurait suffire pour faire admettre dans la pratique un moyen rationnel sans doute, mais dont l'efficacité est encore douteuse.

(*Revue thérap. du Midi.*)

Résultats comparés de cinq méthodes de traitement dans la fièvre typhoïde épidémique; par M. SECRÉTAIN. — Nous trouvons, dans le récent compte-rendu de la *Société médicale de Gannat*, un résumé intéressant de la pratique du docteur Secrétain dans une épidémie de fièvre typhoïde dont l'arrondissement de Gannat a été le théâtre. M. Secrétain a eu à traiter 123 malades; et le résultat général atteste d'abord la gravité de l'influence épidémique; il y eut 92 guérisons, 31 morts : un quart!

Parmi ces malades on comptait 49 hommes, 58 femmes, 16 enfants. Sous le rapport de la gravité de la maladie, ils pouvaient être partagés en trois séries. Les cas graves, les plus nombreux, atteignaient le chiffre de 52; les moyens y figuraient pour 42; les légers pour 25. A part de rares exceptions, 4 ou 5 au plus, tous les sujets étaient débilités, 9 étaient nourrices. Trente fois il a été possible de suivre la coïncidence du développement de l'affection typhique avec la fréquentation de sujets atteints. Aussi nul doute ne reste-t-il dans l'esprit de M. Secrétain touchant la faculté de transmission. Nous devons dire cependant que, dans le compte-rendu que nous avons sous les yeux, la démonstration apportée n'est rien moins que convaincante. Ainsi l'auteur apporte en preuve de cette transmission que, *dans une école bien aérée, bien ventilée, il a vu, le même jour, 12 enfants, placés d'ailleurs au centre du foyer, bien que n'ayant pas de communications directes avec les malades, tomber malades eux-mêmes, et sur ce nombre huit devenir typhiques...*

Il nous semble que ceci est plutôt de nature à accuser l'influence épidémique que la contagion.

Une observation importante et qui sera rapprochée utilement des recherches récentes de M. Barth sur le même sujet, c'est que 8 des sujets pris de la fièvre typhoïde avaient été antérieurement affectés de variole. Abordons maintenant la comparaison des méthodes avec les résultats.

L'expectation pure et simple a fait le fond du traitement; avec elle M. Secrétain a perdu 2 malades sur 28, dont 18 légers, 8 moyens, 2 graves. A envisager le chiffre brut, cela peut paraître un beau succès; à ses yeux c'est un déplorable malheur, car sur deux cas graves les deux malades sont morts.

Il a mis en usage ce que l'on est convenu d'appeler la *médecine du symptôme* : sur 61 cas ainsi traités, parmi lesquels 26 graves, 24 moyens, 10 légers, il a subi 16 décès, plus de moitié des cas graves.

La rémittence des symptômes l'a conduit à l'administration du *sulfate de quinine*; sur 42 cas, dont 14 graves, 22 moyens, 6 légers, il a eu 6 décès. Encore, ou à très-peu près, la moitié des cas graves.

La *méthode évacuante* n'a pas eu de plus encourageants résultats; sur 12 cas, dont 9 graves, elle compte 8 décès.

Sept malades, dont 5 graves, 1 moyen et 1 léger, ont été traités exclusivement par *l'eau froide, intùs et extrà;* aucun n'a succombé.

Enfin *la méthode antiphlogistique* a eu sa part aussi dans l'œuvre entreprise. Sur 7 cas, dont 6 graves et 1 léger, il y a eu 6 morts. M. Secrétain en conclut que si c'était abus de proscrire toujours une telle méthode en matière d'épidémie, il est rationnel au moins de s'inspirer un peu du génie qui la domine. Nous devons ajouter toutefois que, dans la même épidémie, M. Giraudet, partisan exclusif de cette méthode, n'a perdu que 4 malades sur 15. Cette différence ne proviendrait-elle pas de ce que M. Giraudet a eu surtout affaire à des cas peu graves; et que M. Secrétain a surtout appliqué le traitement antiphlogistique à des cas désespérés? Au reste, le chiffre des sujets traités dans chaque catégorie est trop faible pour conduire à des conclusions positives; cependant on remarquera que le sulfate de quinine, sans avoir l'efficacité absolue que quelques-uns lui prêtent, a donné, eu égard aux cas graves, les plus consolants résultats.

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

Emploi de l'acétate de plomb contre la pneumonie et la hernie étranglée; par le docteur FIEBIG. — L'auteur n'emploie l'acétate de plomb que dans les pneumonies dans lesquelles le traitement habituel est insuffisant, et dans lesquelles on peut craindre des fausses crises. L'acétate de plomb est indiqué également chez les vieillards décrépits, chez les individus chez lesquels la pneumonie est accompagnée de diarrhée abondante, chez les tuberculeux auxquels on ne peut plus donner le tartre stibié, et chez lesquels les saignées générales et locales ont déjà été employées. L'acétate de plomb se donne, avec plus d'avantage, combiné avec la digitale et la teinture d'opium. Voici la formule :

R. Acétate de plomb de 15 à 30 centig.
Infusion de digitale 180 gram.
Teinture d'opium 1,20 à 2 gram.

L'eau blanche, donnée en lavement, n'a qu'une valeur douteuse dans les hernies étranglées, puisqu'on l'a toujours employée combinée avec d'autres moyens; cependant l'auteur croit avoir évité, par ce moyen, dans deux cas, de recourir à l'opération de la hernie étranglée.

(*Organ. für die gesammte Heilkunde* et *L'Union médicale.*)

De l'emploi de la digitale dans la pneumonie; par le docteur HEUSINGER. — Les inconvénients qui résultent de l'emploi de divers moyens, dont on fait généralement usage dans la pneumonie, tels que le calomel, le tartre stibié à haute dose et le traitement antiphlogistique, et d'autre part, l'influence bien connue de la digitale sur la circulation générale, et par conséquent l'espérance que ce moyen pourrait retarder ou diminuer l'afflux du sang dans les parties malades, ont engagé l'auteur de ce travail à faire usage de la digitale pourprée dans la pneumonie. — Heusinger donne la digitale dès le début de la maladie; cependant, s'il y a des douleurs pleurétiques à cette époque, il emploie les ventouses scarifiées, afin d'éviter la formation d'un épanchement pleurétique avant que la digitale ait pu agir. Lorsqu'il y a complication bilieuse, il donne d'abord de 1/2 à 1 grain de tartre stibié d'heure en heure, et plus tard seulement la digitale. S'il y a amélioration, et qu'il ne se manifeste pas de diarrhée intense, il s'en tient au tartre stibié. — Les premiers indices des effets de la digitale se manifestent au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures; ce sont des malaises, des nausées, des vomissements d'un liquide verdâtre et amer, un collapsus marqué, surtout à la face, de la mauvaise humeur, de l'humidité et de la fraîcheur à la peau, intermittences et ralentissement du pouls, qui peut tomber à 50 et 40 pulsations par minute. Aussitôt que ces phénomènes se manifestent, la marche de la pneumonie s'arrête, et l'on aperçoit, au bout de quelques heures, les symptômes du commencement de la résolution, les crachats sanguinolents disparaissent, la toux diminue, les urines déposent, et le sommeil devient calme. Dès que les symptômes de l'action de la digitale se sont montrés vers le pouls et dans les fonctions de l'estomac, on cesse l'emploi du médicament; on n'emploie plus qu'une décoction de guimauve, et si les nausées persistent, on donne la potion de Rivière ou la poudre aérophore. Lors même que les pneumonies sont intenses, la convalescence est terminée dans la quinzaine; dans les cas moins graves, elle se fait plus tôt.

La digitale est donnée en infusion, à la dose de 1.20 à 4 gram, pour 130 à 150 grammes de colature, une cuillerée à bouche d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures, lorsque les effets physiologiques se sont produits.

(*Deutsche Klinik* et *L'Union médicale.*)

Effets remarquables du chloroforme a l'intérieur dans l'hypochondrie. — Les trois faits rapportés par M. Osborne montrent toute l'efficacité du chloroforme ingéré dans l'estomac pour diminuer et faire disparaître les sensations particulières qui se rattachent à l'hypochondrie. Le premier de ces faits est relatif à une femme mariée, âgée de trente-trois ans, à l'aspect geignant et souffrant, qui avait été déjà traitée par M. Osborne et par un autre médecin pour des douleurs très-variées, dont elle fixait le siége dans la région abdominale. Comme elle paraissait souffrir d'une névralgie spinale, une application de nitrate d'argent fut faite sur la colonne vertébrale, et on lui fit prendre quelques autres remèdes. Néanmoins, elle conservait une sensation indescriptible de faiblesse et de malaise intérieur, dont la cause paraissait très-difficile à pénétrer, Cependant l'appétit était bon, les fonctions digestives se faisaient régulièrement. Pendant deux jours, la malade prit dix gouttes de chloroforme trois fois par jour, et dès le troisième jour elle se trouvait mieux; enfin, après quelques jours, la guérison était complète. Dans le second fait, c'était un homme de vingt-neuf ans, qui se plaignait d'un profond affaissement et d'un dégoût insurmontable pour toute espèce d'exercice. La face exprimait la tristesse et la morosité; toutes les fonctions étaient à l'état normal, sauf des battements tumultueux du cœur, à la moindre émotion, au moindre exercice. Le malade avait pris du valérianate de zinc et des pilules pour régulariser les fonctions digestives; mais bien que les battements du cœur fussent plus calmes, l'abattement et la sensation intérieure persistaient. Après avoir pris 20 gouttes de chloroforme, trois fois par jour, pendant deux jours, le malade commença à se trouver mieux; le sommeil était encore peu satisfaisant et troublé par des rêves; on lui fit prendre 40 gouttes de chloroforme, le soir en se couchant. Après avoir pris cette dose deux nuits de suite, le sommeil redevint meil-

leur, et quelques jours après, le malade quittait l'hôpital dans un meilleur état. Dans un troisième cas, chez un fermier de 28 ans, c'était aussi un sentiment de défaillance et d'affaissement intérieur, qui durait depuis plusieurs mois, et qui l'empêchait de se livrer au moindre exercice et au moindre travail. La face exprimait la tristesse la plus profonde. Constipation habituelle, bien que le malade eût fait souvent usage de purgatifs. Traitement : 10 gouttes de chloroforme, trois fois par jour, et deux pilules d'assa-fœtida, à deux jours d'intervalle. Après quatre jours de ce traitement, la face avait repris son calme ; le malade avouait qu'il se trouvait mieux, et quelques jours après, se trouvant assez fort pour reprendre ses travaux, il quittait l'hôpital.

Tels sont les trois faits rapportés par M. Osborne ; ils témoignent hautement du soulagement apporté par le chloroforme ; mais reste à savoir quelle aura été la durée de ce soulagement, et sur ce point il est bien permis de faire quelque réserve. Nous avons été d'ailleurs plusieurs fois à même de vérifier les bons résultats du chloroforme donné à l'intérieur, dans le service de M. Aran, qui en fait un grand usage contre l'hystérie et la dyspepsie ; mais M. Aran ne considère ce moyen que comme un adjuvant qu'il emploie dans ces névroses.

En terminant, nous croyons devoir faire connaître le mode d'administration suivi par M. Osborne dans ces différents cas. C'est dans une décoction de mousse d'Irlande ou de carragahen que ce médecin administre le chloroforme. Il a remarqué, en effet, que dix gouttes de chloroforme restent suspendues dans une once de cette décoction, pendant un temps indéfini, sans séparation. Ce mélange a un goût très-doux qu'on peut voiler par l'addition de quelques gouttes d'une teinture amère ou aromatique. Un autre moyen d'enlever au chloroforme son goût piquant, est de le combiner avec des teintures, parce qu'il est soluble dans l'alcool. Voici la formule de M. Osborne :

Pr. Chlorof. et teint. de gingembre, de chaque. . . . . 15 gr.
Esprit aromat. d'ammoniaque. . 5 »

25 gouttes de cette mixture, trois fois par jour, dans un verre de lait.

Cette formule, qui est très-agréable au goût, est susceptible d'additions et de modifications, suivant les cas.

(*Dublin Quarterly journal of med.*, et *Bulletin général de thérapeutique.*)

Nouvel agent anesthésique : éthéro-chloroforme ; par M. E. CELLARIER. — Préoccupé de l'utilité qu'il y aurait à doter la thérapeutique d'un agent qui possédât les avantages de l'éther et du chloroforme sans avoir leurs inconvénients, M. Cellarier a eu l'idée de mélanger ces deux liquides pour que leurs vapeurs, arrivant simultanément en contact avec notre organisme, se modifiassent l'une par l'autre. Il fallait d'abord savoir si l'éther et le chloroforme pouvaient se mélanger ensemble ; les premiers essais qu'il fit dans ce but lui montrèrent que le chloroforme se précipitait au-dessous de l'éther, mais il reconnut que cet effet était produit par la faible quantité d'eau restée à la suite du lavage dans le vase dont il se servait. L'éther et le chloroforme purs se mélangent parfaitement ; plusieurs expériences tentées sur les animaux lui ont paru démontrer que l'éthéro-chloroforme, ou mélange à parties égales de ces deux liquides, l'emporte sur l'éther sous le rapport de la rapidité et de l'efficacité, sur le chloroforme sous le rapport de l'innocuité, et sur tous les deux par la durée peut-être plus complète, mais surtout moins dangereuse de son action. Jusqu'ici les expériences manquent pour dire quels seront les effets de ce mélange chez l'homme.

(*Gazette méd. de Montpellier* et *Revue thérapeutique du Midi.*)

Effets remarquables du seigle ergoté sur une paralysie secondaire de la vessie, etc. ; par M. SAUCEROTTE, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville. — Cuvillier, garde forestier, âgé d'environ cinquante ans, de constitution assez robuste, exposé, par ses fonctions, à marcher fréquemment dans l'eau ou dans la neige, étant en forêt au mois de décembre 1851, tombe tout à coup à terre, sans perdre tout à fait connaissance. Il faut le ramener chez lui sur une charrette ; il ne peut marcher. Cuvillier ne s'était plaint jusque-là que d'une céphalalgie persistante, contre laquelle il n'avait rien fait. A dater de ce moment, les douleurs de tête semblent, dit-il, s'être déplacées, et se font sentir dans la région lombaire. Une saignée, des sangsues, des ventouses, un purgatif, tels sont, à ce qu'il paraît, les seuls moyens employés par le médecin consulté. Trois mois s'étaient écoulés depuis lors sans grand amendement dans la situation du malade, lorsqu'il se décida à entrer à l'hôpital de Lunéville. C'est seulement à dater de ce moment que je puis donner des ren-

seignements plus circonstanciés sur cette maladie.

Cuvillier, à cette époque, ne pouvait marcher. Ses jambes, et particulièrement la jambe droite, fléchissaient sous lui dès qu'il essayait de faire quelques pas. Il ne pouvait non plus ni se plier, ni se redresser, et, assis sur une chaise, il se laissait aller involontairement du côté droit. Ses bras, et surtout le bras droit, sont faibles aussi, mais à un moindre degré. La sensibilité est conservée. Rien de remarquable du côté des organes sensoriaux, mais de l'hébétude et un assez grand embarras de la parole. Des pleurs sans motif. Cuvillier se plaint de céphalalgie et de douleurs lombaires, qui n'augmentent pas sensiblement par la pression des apophyses vertébrales. Il dort peu. Les urines et les selles sont involontaires; mais quoiqu'il renvoie les lavements au moment même qu'on les administre, il peut rester plusieurs jours sans aller. Rien de plus à noter d'ailleurs du côté de la langue, des organes digestifs, circulatoires ou respiratoires, si ce n'est, à certains intervalles et pendant la nuit principalement, un sentiment de constriction et de suffocation, qui paraissent dépendre de la paralysie des muscles respiratoires. Absence de fièvre.

Tel est, à peu de chose près, l'état dans lequel ce malade resta pendant trois semaines. Je passerai donc outre sur les différents moyens que j'employai (arnica, extrait de noix vomique, frictions ammoniacales camphrées, etc.), et dont aucun n'eut un effet bien décisif, y compris la noix vomique, pour arriver au seigle ergoté, dont l'action rapide et merveilleusement efficace fait l'objet essentiel de cette observation.

Lorsque je commençai l'emploi de cet agent, les mouvements étaient cependant plus faciles, l'inertie intestinale moins grande, l'intelligence moins obtuse; mais Cuvillier paraissait encore bien éloigné d'une guérison complète, si même on pouvait l'espérer. La paralysie de la vessie notamment persistait au même degré; chaque jour, il inondait son lit.

Le seigle ergoté, commencé le 23 mai, fut continué jusqu'au 29, à la dose d'un gramme d'abord, puis de 1 gr. 50, pris en trois fois, à six heures d'intervalle chaque fois.

Au bout de trois jours, Cuvillier n'urinait plus involontairement, et le 8 juin, lorsqu'il sortit de l'hôpital, il ne lui était plus arrivé une *seule fois* de perdre ses urines. Chose non moins remarquable : la motilité générale avait elle-même subi la plus heureuse modification, et le malade se trouvait si bien sous ce rapport, comme sous tous les autres, qu'il quittait l'hôpital vers le milieu de juin, pour reprendre ses pénibles fonctions. Je l'ai rencontré à deux mois de là : la guérison ne s'est pas démentie.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Mydriase et cécité presque complète d'un mois de durée, guéries par l'expulsion de vers intestinaux; par M. le docteur Falot. — La dilatation extrême, l'immobilité des pupilles, et par suite la cécité complète ou incomplète, ne sont pas toujours sous la dépendance de l'état amaurotique, comme le prouve l'observation suivante :

B..., âgé de 7 ans, n'a jamais été sérieusement malade depuis sa première dentition, qui fut, dit-on, très-orageuse; il est lymphatique, pâle, chétif; son appétit est irrégulier; il est sujet au dévoiement.

A la suite d'une forte indigestion, il fut pris, dans la nuit du 12 septembre 1852, de soubresauts des tendons, avec raideur des extrémités, tremblements alternatifs d'une ou de plusieurs parties du corps, grincements des dents, délire léger. (8 sangues aux apophyses mastoïdes, lavement avec assa-fœtida, potion antispasmodique, cataplasmes aux extrémités inférieures.)

Le lendemain, je fus appelé de bonne heure par les parents, qui m'annoncèrent que leur fils était devenu aveugle. La face, pâle hier, est en ce moment bleuâtre, surtout aux lèvres; céphalalgie frontale, pouls petit et très-fréquent, peau couverte de sueur, langue blanchâtre et humide, ventre ballonné; immobilité et dilatation énorme et irrégulière des deux pupilles, qui sont aussi étendues que la cornée, de sorte qu'on peut apercevoir les procès ciliaires de l'œil gauche : l'enfant a recouvré sa connaissance et se plaint de ne plus voir *bien* les objets. Persuadé qu'une diminution si forte de la vue est sous l'influence de l'attaque d'éclampsie précédente, je prescris une nouvelle application de sangsues, deux demi-lavements laxatifs, et des cataplasmes sinapisés.

Dans la soirée, épistaxis peu abondante; les symptômes cérébraux ont disparu. Faiblesse, fièvre légère; visage pâle et plombé; quelques vomiturations muqueuses; cécité presque complète. (Vésicatoire au bras gauche, sinapismes, lavements.)

14. Insomnie; les pupilles sont toujours très-dilatées; l'enfant, d'ailleurs intelligent, est très-inquiet sur l'état de sa

vue ; pas de selles depuis son indigestion ; ventre tendu ; coliques sourdes ; tremblements musculaires assez fréquents. (Vésicatoire à la nuque, demi-lavements huileux ; pédiluves sinapisés ; décoction d'helminthocorton 45 grammes, et lait 100 grammes.)

15. Nuit assez calme ; trois selles jaunâtres et fétides : l'appareil de la vision est dans le même état ; le malade et les parents sont désolés.

16, 17 et 18, même état. (Révulsifs ; frictions irritantes ; vapeurs ammoniacales ; cautérisation au nitrate d'argent sur plusieurs points de la circonférence des deux cornées, alternativement.)

20. Ne sachant si j'avais affaire à une amaurose commençante ou à une mydriase symptomatique d'un état gastrique ou vermineux, je perçai une carte avec une épingle, et ayant mis la petite ouverture devant les yeux du malade, celui-ci parut distinguer moins confusément les objets d'une grande dimension. (Continuation.)

23. J'insistai pendant quelques jours sur la cautérisation péricornéale, les révulsifs, les lotions vinaigrées, les laxatifs vermifuges contre un état de constipation qui n'était pas ordinaire à l'enfant, naturellement très-relâché.

28. Il vomit le potage pris dans la soirée, et expulse, en une seule fois, deux lombrics par la bouche.

29. Dix heures après avoir pris quatre doses de 0,30 de calomel, il rendit, en trois fois, vingt-huit autres vers par l'anus.

Au bout de six jours, il expulse encore par l'anus quatre de ces entozoaires, toujours sous l'influence du calomel.

La dilatation pupillaire diminue insensiblement, et la vue est revenue à l'état normal, un mois après les accidents qui ont suivi l'indigestion.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

BLESSURE DE LA CORNÉE PAR L'ACIDE SULFURIQUE ; INCRUSTATIONS SATURNINES ; par M. CH. DEVAL, D.-M. P. — Le 13 octobre 1853, un pharmacien de province se livrait, dans son laboratoire, à des manipulations chimiques, quand il reçut soudainement dans l'œil gauche une forte quantité d'acide sulfurique étendu d'eau. Un médecin, immédiatement appelé, s'empara d'un flacon d'extrait de Saturne, et en versa en grande abondance dans un verre, y ajoutant une très-petite quantité d'eau ; puis le malade baigna longtemps dans ce mélange l'œil lésé. La cornée, fortement érodée, permettait encore, avant l'emploi de ce remède, de distinguer les objets d'un grand volume ; cette faculté fut anéantie, et le miroir devint le siége d'une opacité étendue. Le traitement auquel le malade se soumit n'ayant amené que l'atténuation des accidents phlegmasiques, il se décida à effectuer le voyage de Paris, et il me fut adressé, le 24 novembre de cette année, par un de nos savants confrères des hôpitaux de Paris.

Je constatai, sur la cornée gauche, la présence d'une vaste nappe blanche, inégalement répartie, d'un aspect marbré. Occupant les trois quarts au moins du miroir de l'œil, dans sa région centrale, elle couvrait largement la pupille, qui n'était visible que de profil par la marge diaphane régnant autour de la partie opaque, vers le limbe kératique. La pupille était d'un beau noir, exempte de synéchie antérieure ou postérieure ; rien n'indiquait la présence de désordres dans les tissus profonds du bulbe. Le malade distinguait les ombres des corps, notamment quand ceux-ci étaient présentés à l'organe du côté du nez ou du côté de la tempe gauche. L'œil était légèrement injecté, le malade le tenait bandé.

Le lecteur aura deviné déjà que l'opacité kératique à laquelle nous avions affaire était en très-grande partie le résultat du sous-carbonate de plomb, des molécules insolubles, en un mot, qui rendent blanche la solution d'extrait de Saturne dans l'eau non distillée (eau de Goulard, eau végéto-minérale) ; il faut y ajouter la présence d'une certaine quantité de sulfate de plomb, le tout fixé en place par le tissu de cicatrice. Deux voies thérapeutiques se présentaient : 1° l'extraction du dépôt avec l'instrument ; 2° l'emploi des moyens pharmaceutiques.

Enlever l'incrustation avec une aiguille à cataracte, avec une rugine, celle, par exemple, qu'a proposée Florent Cunier pour remplir cette indication, n'était pas une entreprise facile, par suite de l'étendue de l'obstacle et du délabrement que son déchatonnement aurait amené dans le tissu de la cornée. Le malade, d'ailleurs, ne pouvait pas séjourner longtemps à Paris ; chose fort encourageante en outre, il affirma que la cornée s'était un peu éclaircie dans les derniers temps. Je prescrivis d'introduire, tous les soirs, entre les paupières, une petite quantité d'une pommade composée de 10 centigrammes d'oxyde rouge de mercure et de 4 grammes d'axonge, avec addition de 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Je recommandai qu'on portât la dose du précipité rouge à 15 centigrammes, au bout de huit

jours, si le remède était toléré, puis, quelque temps après, à 20 centigrammes. Le malade, après l'emploi de ces préparations, me promit de me donner de ses nouvelles, peut-être même de venir à Paris.

Le motif qui me détermina à la prescription qui précède, dérive d'un fait que j'ai observé il y a quelques années.

Mlle Lacroix, âgée de vingt-trois ans, se présenta, en février 1849, à mes consultations cliniques. Elle était atteinte, aux deux yeux, de blépharite ciliaire. De plus, les cornées étant le siége d'opacités nombreuses, de points crétacés d'un blanc mat, les uns isolés, les autres formés en groupe, leur ensemble apportait à l'exercice de la vision une atteinte grave. Comme le centre des cornées était surtout envahi, les pupilles s'étaient dilatées, afin de permettre aux rayons lumineux d'arriver plus abondamment au fond des globes. Je diagnostiquai des taches métalliques. Ma conviction fut entière quand j'appris que, dans le cours d'une kératite, dont Mlle Lacroix avait été affectée, il y avait quelques mois, à Charleville, les yeux avaient été fréquemment bassinés avec une solution d'extrait de Saturne. Remettant à une époque ultérieure les tentatives nécessaires pour l'ablation des collections saturnines, je résolus d'attaquer en premier lieu la blépharite. Je prescrivis des frictions, tous les soirs, sur les bords palpébraux, avec une pommade dans laquelle je fis entrer 20 centigrammes de précipité rouge de mercure, pour 6 grammes d'axonge. Comme cette préparation avait été bien supportée, je lui substituai, huit jours après, une pommade plus énergique : 75 centigrammes d'oxyde rouge, 15 centigrammes de tuthie préparée, 15 centigrammes de camphre, 6 grammes de beurre et une goutte d'huile de rose. Mlle Lacroix ne reparut plus à la consultation Dix mois après, à la fin de 1849, je la vis figurer de nouveau, un jour, au nombre des malades présents dans la salle d'attente du dispensaire. J'annonçai aux médecins qui assistaient à la clinique que j'allais leur montrer un fort bel exemple de dépôts métalliques à la cornée; je leur fis part des principales dispositions qu'ils offraient. Quel fut mon étonnement quand rien de ce que j'avais constaté les premières fois n'existait plus! Les taches d'un blanc mat avaient disparu; quelques néphélions subsistaient seuls; la vue avait éprouvé une amélioration très-grande. Dans l'espèce, il faut admettre que les corps étrangers étaient assez superficiellement placés pour que le larmoiement abondant que provoqua la pommade en eût opéré le déchatonnement. On doit tenir compte aussi du mouvement que fit naître ce même agent dans les amas lymphatiques épanchés dans les cornées; car l'expérience démontre que les pommades à l'oxyde rouge de mercure sont l'un des meilleurs moyens qu'on puisse employer pour la résolution des taies. Ne faut-il pas invoquer, enfin, un phénomène noté par Sœmmering, par Winslow, par Wenzel, par mon savant maître le professeur Rosas (de Vienne), que la cornée laisse transsuder à travers sa substance une rosée émanant de l'humeur aqueuse et qui vient se mêler aux larmes? Le refoulement, d'arrière en avant, qu'imprime aux collections kératiques cette évaporation continuelle, ne doit-il pas en seconder l'expulsion?

La rédaction des *Annales d'oculistique*, qui eut connaissance de cette observation, ne la considéra pas comme aussi exceptionnelle que je l'avais pensé; je m'en félicite au double point de vue de la science et de l'humanité. « Les faits de guérison de taches métalliques sont loin d'être rares, dit l'un des rédacteurs du journal précédemment cité (tome XXIII). On voit fréquemment de larges dépôts plombiques, récemment fixés dans les cornées, disparaître spontanément ou sous l'influence de l'application des pommades. Nous avons vu, maintes fois, à la clinique de M. Cunier, les bons effets, presque instantanés, que l'on peut retirer, en pareille occurrence, de l'emploi du collyre à la teinture d'iode. »

Chez un peintre en bâtiment, du nom de Frimat, j'ai vu de nombreuses collections saturnines, à la cornée gauche chroniquement ulcérée, dépendre de ce que le malade s'était exposé, pendant quatre jours, à la poussière provenant du grattage de vieilles portes blanches. Je fis, avec une aiguille à cataracte et en plusieurs séances, l'extraction du sous-carbonate de plomb (blanc de céruse), et le malade fut infiniment soulagé. Les conséquences cliniques qu'on peut tirer de ce fait, dans le cours des kératites ulcéreuses, chez les ouvriers de certaines professions, sont trop palpables pour être mentionnées ici.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

De l'hypertrophie douloureuse des orteils; par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Il est une affection dont nous ne connaissons pas d'exemples décrits par les auteurs; affection que nous n'avons observée pour notre part que deux fois, et

deux fois chez des jeunes sujets. Dans le premier cas nous n'avions pas très-bien compris le phénomène pathologique que nous avions sous les yeux, et nous n'avons pas recueilli l'observation. Ce que nous pouvons dire, c'est que la maladie existait chez une jeune fille non encore réglée, qu'elle consistait en une sorte d'hypertrophie de l'extrémité du quatrième orteil du pied droit, qu'elle était accompagnée de douleurs vives que nous avions attribuées à la pression des chaussures, l'orteil étant placé hors de rang et nous ayant paru pouvoir être comprimé par le tassement dû à un soulier trop étroit. Nous avons quelques raisons de croire que les accidents ont disparu à l'époque de la puberté; mais tout ce qui se rattache à ce fait ne nous a laissé que des impressions mal arrêtées. Toutefois, si incomplète que fût cette première observation, une trace nous en est restée, qui s'est ravivée en présence d'un fait que nous avons actuellement sous les yeux et qui nous a vivement frappé. Nous avons fait quelques études à ce sujet et nous venons en exposer le résultat à nos confrères.

Pour mieux faire apprécier la portée de ces réflexions, nous rapporterons le fait avec tous ses détails, puis nous rappellerons l'attention sur les circonstances les plus remarquables qu'il présente.

Obs. — Puech (Antoine), cuisinier, âgé de 17 ans, galerie Montpensier, 40. Entré le 2 juillet 1852, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François.

3 juillet. Depuis un an le malade ressent dans le troisième orteil du pied gauche des douleurs qu'il ne peut rapporter à aucune cause déterminée. Ces douleurs se sont tout d'abord accompagnées d'un accroissement de volume qui est surtout devenu considérable depuis quatre mois. Quant à la nature de ces douleurs, il paraît qu'elles étaient intermittentes, plus vives le matin que dans tout autre moment du jour, et ressemblant assez bien à celles que l'on détermine en pinçant la peau. Actuellement on constate une hypertrophie de l'orteil ne dépassant pas l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Les tissus ont l'apparence des tissus infiltrés; il n'y a aucun indice d'altération, soit de la deuxième, soit de la troisième phalange; enfin les douleurs n'existent que dans les points correspondant à la matrice de l'ongle. Mais cet ongle est à peine altéré dans sa forme, il ne l'est ni dans sa coloration, ni dans sa texture, il n'est pas incarné; de sorte que l'on est porté à considérer cette affection comme une névralgie hypertrophique des tissus, d'une nature analogue à ce qui a été décrit par Astley Cooper sous le nom d'hypertrophie douloureuse du sein. — *Cataplasmes.*

Le 12, l'orteil hypertrophié ne diminue pas de volume, sa coloration ne diffère en rien de celle des orteils voisins; la douleur est toujours très-vive; elle répond toujours et exclusivement à la matrice de l'ongle. — *Cataplasmes laudanisés.*

Le 13, le malade fait autour de l'orteil des onctions avec une pommade composée de mi-partie extrait de belladone et mi-partie axonge.

Le 23, il n'y a rien de changé dans l'état du malade. M. Chassaignac l'ayant fait voir à la Société de chirurgie, M. Michon pense qu'il s'agit d'une tumeur blanche de l'orteil. M. Cullerier d'un éléphantiasis; mais M. Chassaignac ne croit pas ces opinions suffisamment fondées.

Le 28, l'hypertrophie remonte vers la base de l'orteil qui n'est cependant pas douloureuse, mais dont la phalange semblerait un peu augmenter de volume. Les douleurs sont toujours localisées au niveau de la matrice de l'ongle; elles sont extrêmement vives.

Le 16 août, M. Giraldès explore attentivement l'orteil à la faveur de l'anesthésie; il incline à admettre qu'il s'agit ici de la maladie de la dernière phalange de l'orteil, consécutivement à laquelle serait survenue l'hypertrophie des tissus mous.

Le 6 septembre. Un fait assez curieux à noter est la sécrétion sudorale abondante qui s'opère à la surface dorsale de l'orteil, sécrétion qui se manifeste par des gouttelettes de sueur qui perlent surtout au pourtour de l'ongle; après de nombreuses tentatives, on va procéder à l'emploi des préparations de morphine.

Le 28, malgré quelques applications de morphine les douleurs persistent, avec autant d'intensité que dans les premiers temps. On a pu s'assurer, pendant une anesthésie produite par le chloroforme, que les douleurs qu'il accuse dans son orteil ne sont pas simulées; car c'est en ce point que la sensibilité s'est éteinte le plus tard, et qu'elle a le plus rapidement reparu.

Le 5 octobre, l'ongle de l'orteil hypertrophié qui, lors de l'entrée du malade, ne s'était accru que dans une faible proportion, a pris un développement relativement considérable.

Le 23, avant d'en arriver à l'amputation de l'orteil, M. Chassaignac pratique sur sa face dorsale une forte cautérisation au fer rouge, dans le but de modifier sa sensibilité, et par suite de remédier à l'hy-

pertrophie, si toutefois celle-ci est bien névralgique. Les mesures comparatives prises sur l'orteil malade et sur l'orteil sain correspondant, ont donné une différence à peu près du double à l'avantage de l'orteil malade.

Le 6 décembre. Jusqu'à présent la face dorsale de l'orteil douloureux a été le siége d'une suppuration assez abondante, consécutive à la brûlure déterminée par le fer rouge; la cicatrisation de cette brûlure n'est même pas complète, et il y a encore une petite surface occupée par des bourgeons charnus exubérants. Toutefois, la perturbation apportée dans la sensibilité névralgique de l'orteil par la cautérisation, a suffisamment cessé pour permettre au malade de reconnaître actuellement que les douleurs qui persistent toujours conservent leur caractère primitif.

C'est toujours une hypéresthésie presque incompréhensible, et allant jusqu'au point de faire crier le malade par le plus simple contact. A part cela, la santé générale est bonne. L'orteil continue à être pansé à l'occlusion. Dix semaines après la cicatrisation définitive de la brûlure, les accidents névralgiques persistant avec la même intensité, l'opération fut décidée et exécutée par le procédé ovalaire légèrement modifié. Elle fut suivie d'un plein succès.

L'orteil enlevé ayant été fendu sur toute sa longueur et les trois phalanges sciées suivant leur axe, on découvrit dans l'extrémité unguéale de la dernière phalange une espèce de noyau ossiforme qui était comme enkysté, et sur lequel M. Lebert nous remit la note suivante :

« Ce noyau, exempt de toute continuité de substance avec le tissu osseux de la phalange, est entouré d'une membrane fibro-celluleuse hypertrophiée. Il est entièrement formé par un tissu spongieux aréolaire, dans lequel le microscope fait reconnaître les corpuscules et les autres caractères du tissu osseux. »

Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie dans les premiers mois de l'année 1853, à l'état de guérison parfaite.

On était loin de s'attendre à la lésion que l'autopsie de l'orteil malade a fait constater comme cause des phénomènes singuliers observés chez ce malade. Ce n'est pas sans de longues hésitations que l'on se décida à prendre le parti rigoureux auquel cependant le malade a dû sa guérison. Si le corpuscule osseux dont il a été question n'eût point été enkysté dans l'extrémité de la phalange, sa présence se serait sans doute trahie par une mobilité insolite dans ce lieu, et même peut-être par quelques indices de crépitation. Mais rien de semblable n'a jamais existé, et soit que le malade fût examiné dans l'état de veille, ce qui était à la vérité fort difficile à cause de son excessive sensibilité, soit dans le sommeil anesthésique et avec la liberté qu'on en retire pour l'exploration, rien n'a pu faire soupçonner l'existence d'une cause anatomique aussi étrange. Nous serions même fort en peine, à l'heure qu'il est, de dire à quelle classe de lésions doit être rattachée cette forme particulière de production osseuse enkystée. Mais il y a du moins à tirer du fait cette conclusion importante sous le rapport pratique, que, dans les cas qui se présenteraient avec des symptômes analogues, on devrait, avant de recourir à l'amputation, pratiquer soit sur la face dorsale, soit sur la face palmaire, en suivant les indications du point le plus douloureux, une incision profonde qui, en éclairant sur la nature du mal, permettrait d'éviter une mutilation moins fâcheuse encore par ce qu'elle fait perdre que par les dangers auxquels elle expose. On sait, en effet, que l'ablation qu'on pratique pour des doigts surnuméraires ou pour des difformités entraîne plus souvent qu'on ne serait porté à le penser des accidents funestes; et il est très-positif que les amputations de doigt ou d'orteil pratiquées sur ces organes dans un état actuel d'inflammation ou de suppuration, donnent des résultats généralement moins fâcheux que les amputations pratiquées sur des tissus qui n'ont jamais subi les atteintes de l'inflammation ; de sorte qu'il sera peut-être un jour établi qu'on atténue les effets du traumatisme par le développement à un certain degré d'une inflammation artificielle préalablement aux mutilations chirurgicales. Une phlegmasie antécédente peu éloignée ou actuelle serait une immunité : ce serait la vaccination du traumatisme chirurgical.

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

Sur la cirrhose de la mamelle ; par A. WERNHER, professeur à Giessen. — Le diagnostic des tumeurs en général a fait, dans ces derniers temps, des progrès réels, et cependant on confond encore, sous le nom de cancer, des affections très-diverses des glandes mammaires en particulier.

Obs. — Ch. F., 30 ans, non mariée, remarqua, il y a huit mois, une petite tumeur au sein droit et s'adressa au professeur Wernher. Elle se rappelle avoir reçu un coup dans cette région à l'âge de

15 ans; mais cet accident n'eut pas de suites.

Les deux seins sont identiquement semblables; on perçoit au toucher une petite tumeur mobile, irrégulière, granuleuse, sans adhérence à la peau ni aux muscles sous-jacents. Les glandes de l'aisselle ne sont pas engorgées; cependant le sein malade est le siége de douleurs qui durent assez longtemps, surtout vers le soir. Sur la demande de la malade, cette tumeur fut enlevée; elle était enchâssée dans la glande, mais non enkystée, et elle se composait entièrement de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle, contenant chacune un noyau jaunâtre. La tumeur était divisée en lobes et en lobules unis entre eux par un tissu cellulaire très-dense. Chaque granulation renferme une bouillie épaisse, jaunâtre, composée de nombreuses gouttelettes de graisse, de formations épithéliales, semblables aux cellules de l'épithélium glanduleux, et de petites concrétions calcaires.

Cet examen fait voir que la tumeur a été produite par une hypertrophie des dernières terminaisons des tubes lactifères.

Les parois de ces derniers étaient tuméfiées, leur cavité élargie, et ils contenaient une matière analogue au lait, quoique la malade ne fût pas et n'eût jamais été enceinte.

Il faut donc considérer cette tumeur comme bénigne et entièrement différente des tumeurs cancéreuses, avec lesquelles on pouvait la confondre avant l'extirpation. L'auteur la compare à la cirrhose du foie et du poumon, à cause de sa densité et de l'absence de tissu graisseux.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre son observation, il compare les caractères anatomiques de la cirrhose mammaire à ceux des autres tumeurs du sein, et pense que la présence des granulations, leur petitesse et surtout leur régularité pourront suffire pour la faire reconnaître.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Anévrysme traumatique de l'artère cubitale datant de 26 jours; injection de perchlorure de fer; inflammation phlegmoneuse; menaces d'hémorrhagie par la plaie; ligature de l'artère humérale; hémorrhagie par la plaie de la tumeur anévrysmale; ligature de l'artère cubitale au-dessus de la tumeur; inflammation grave de l'avant-bras : guérison; par M. Alquié, professeur.

Le nommé Louis Méjean, âgé de 30 ans, demeurant à Valleraugue (Gard), exerçant la profession de tailleur et jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital le 16 juillet.

Le 20 du mois de juin dernier, cet homme étant à la campagne occupé à couper des branches mortes avec une serpette, se donna involontairement à la main gauche un coup de cet instrument. Il en résulta une blessure qui, partant du pli du poignet, descendait verticalement sur l'éminence hypothénar, dans la longueur d'un pouce et demi environ; l'artère cubitale fut ouverte, car au même instant se déclara une hémorrhagie abondante : le sang était rouge et sortait par saccades. Le frère du blessé, qui était présent, s'empressa d'appliquer avec son mouchoir un bandage compressif; l'hémorrhagie put être arrêtée. Le médecin de Valleraugue, appelé aussitôt, continua la compression, en remplaçant le mouchoir par des bandelettes de diachylon, des compresses et une bande; les deux artères de l'avant-bras furent également comprimées à leur partie inférieure, au moyen de compresses épaisses et d'une bande fortement serrée. Cet appareil fut laissé en place pendant neuf jours; le 29, la plaie n'étant pas cicatrisée et donnant lieu de temps en temps à un léger suintement sanguin, l'appareil fut réappliqué avec soin.

Le 16 juillet, c'est-à-dire vingt-six jours après l'accident, le blessé entre dans les salles de la clinique chirurgicale. A cette époque, on constate qu'il existe à la partie supérieure de l'éminence hypothénar une tumeur du volume d'une noix, sur laquelle existe encore une petite plaie suppurante. La tumeur est le siége de battements isochrones à ceux du pouls, qui diminuent d'intensité quand on comprime isolément la radiale ou la cubitale, mais qui cessent tout à fait quand ces deux artères sont comprimées à la fois; la compression de l'artère humérale amène le même résultat. Du reste, la main est légèrement tuméfiée et d'une couleur violacée, par suite de la gêne qu'a éprouvée la circulation veineuse. On se contente d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide.

Le 20, M. Alquié, l'habile chirurgien en chef, pratique une injection dans la tumeur avec une solution de perchlorure de fer, dans la proportion de moitié de perchlorure et moitié d'eau. L'artère cubitale avait été comprimée une demi-heure avant l'opération; on fit pénétrer le liquide par la petite plaie qui existait sur la tumeur, et comme on ne s'était pas servi de la seringue de Pravaz, il est assez difficile de dire la quantité de liquide qui a pénétré

dans le sac anévrysmal : la note que nous avons sous les yeux la porte à *deux grammes*, tandis que la quantité de *sept gouttes* est indiquée dans une autre relation. On laisse sur la tumeur une compresse imbibée de la solution de perchlorure de fer. Une vive sensation de brûlure succède à l'opération; les battements de la tumeur diminuent, mais ne cessent pas. Pansement simple; un compresseur est préparé en cas d'hémorrhagie.

21 et 22. Vives douleurs qui vont en augmentant; les pulsations de la tumeur sont plus fortes; elle est tendue, plus volumineuse; il y a de la fièvre.

23 et 24. Une rougeur érysipélateuse, accompagnée de gonflement et de tension, a envahi la main et tout l'avant-bras jusqu'au coude; elle est surtout plus prononcée autour de la tumeur : tout semble faire craindre un phlegmon érysipélateux.

25 et 26. Tous les symptômes sus-indiqués persistent; de la fluctuation existe autour de la tumeur; un point noir se montre dans le lieu où a été introduit le trocart; fièvre, anorexie et céphalalgie.

27. Un liquide purulent s'échappe de la tumeur; ulcération de la peau remontant vers l'avant-bras. (*Cataplasmes; onctions mercurielles; pansement de la plaie avec la décoction de quinquina.*)

28. Les symptômes inflammatoires diminuent, mais les battements de la tumeur persistent; on aperçoit au fond de la plaie quelques caillots mous qui sont agités par l'ondée sanguine; diarrhée.

29. On pratique la ligature de l'artère humérale vers la partie moyenne du bras. Les battements de la tumeur cessent aussitôt après la ligature; pas de refroidissement du membre.

2 août. Réapparition des battements dans la tumeur; les pulsations deviennent plus fortes les jours suivants; la plaie de la main n'est pas cicatrisée.

7. Une hémorrhagie abondante a eu lieu pendant la nuit, l'écoulement de sang s'est effectué par la plaie de la tumeur anévrysmale. Le savant professeur se décide alors à pratiquer la ligature de la cubitale, à la partie inférieure de l'avant-bras; une petite branche artérielle, mise à découvert par l'incision, est également liée : cessation immédiate des battements de la tumeur et de l'hémorrhagie.

16. Les fils de la ligature se sont détachés, mais une inflammation profonde s'est emparée de la gaine des muscles de l'avant-bras; écoulement d'une grande quantité de pus par la plaie de la ligature. (*Cataplasmes; frictions mercurielles; manuluves émollients, etc.*)

Les jours suivants, la suppuration est moindre, les symptômes inflammatoires diminuent, la tumeur s'affaisse et tend à disparaître; la plaie qui la recouvrait est en voie de cicatrisation.

1er septembre. Le malade va de mieux en mieux, mais la plaie de la dernière ligature n'est pas encore cicatrisée et fournit toujours du pus; l'engorgement de l'avant-bras persiste et s'accompagne d'un reste d'inflammation. La résolution s'opère cependant peu à peu; les plaies se cicatrisent; le malade recouvre graduellement ses forces, et, le dimanche 18 septembre, il peut enfin sortir de l'hôpital, entièrement guéri.

M. L. Saurel, rédacteur de la *Revue thérapeutique du Midi*, à laquelle nous empruntons cette observation, la fait suivre des réflexions suivantes :

1° On peut d'abord se demander si une opération chirurgicale *immédiate* était bien nécessaire au moment où le malade est entré à l'hôpital; aucun danger prochain n'existait alors, l'accident était de date récente, la tumeur anévrysmale présentait une plaie non encore cicatrisée, et il n'aurait peut-être pas été impossible d'obtenir son oblitération, si l'on avait mis en usage une compression exacte et méthodique sur les deux artères de l'avant-bras.

2° Les adversaires de la méthode de M. Pravaz auraient mauvaise grâce de se prévaloir contre elle de l'insuccès que M. Alquié a obtenu dans ce cas. Cette opération, en effet, n'était pas indiquée chez Méjean; de plus, elle n'a pas été pratiquée selon les règles établies par l'inventeur. La coagulation du sang par le perchlorure de fer n'était pas indiquée, car il s'agissait d'une tumeur anévrysmale datant de 30 jours seulement, non encore cicatrisée et située dans une partie très-sensible : c'étaient là autant de conditions qui devaient amener l'inflammation et peut-être la gangrène. M. Alquié, il est vrai, n'a pas injecté le perchlorure de fer pur, il l'a étendu de son volume d'eau; mais par cela même la coagulation du sang devenait impossible, et c'est ce qui a eu lieu. On a eu tous les inconvénients de l'opération, sans en avoir les avantages; d'ailleurs, je le répète, on n'a pas suivi dans l'opération les règles tracées par M. Pravaz. Cette observation devra donc être mise hors de cause quand on débattra les avantages et les inconvénients du perchlorure de fer.

3° La coagulation du sang n'ayant pas réussi, et une hémorrhagie par la tumeur anévrysmale étant imminente, il était nécessaire, puisque l'on ne pouvait plus

comprimer la radiale et la cubitale à l'avant-bras, de recourir à une ligature artérielle. M. Alquié a choisi l'humérale, comme devant empêcher l'abord du sang d'une manière complète; l'événement a prouvé que les collatérales du coude étaient suffisantes pour ramener rapidement le sang dans les artères de l'avant-bras.

4° La ligature de l'artère cubitale est le moyen qui a définitivement empêché le sang d'arriver dans la tumeur, et qui a amené la guérison : on peut donc supposer que si cette même opération eût été pratiquée dès le début elle aurait cependant produit le même effet. Il est fort possible que la ligature préalable de l'humérale, en ralentissant le cours du sang dans la radiale, ait favorisé le succès de l'opération qui a suivi ; mais dans le cas où, après avoir de prime-abord lié la cubitale, les battements de la tumeur auraient persisté, on aurait toujours pu lier la radiale, ce qui aurait eu moins d'inconvénients que la ligature de l'humérale.

Extraction d'un corps étranger du conduit auditif par un procédé particulier; par M. le docteur SIRUS-PIRONDY, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille, etc.

On a souvent cité les deux fameuses observations publiées par Fabrice de Hilden et par Sabatier, pour prouver la gravité des accidents généraux auxquels peut donner lieu l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille. Sans doute les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi fâcheuse; mais si cet accident n'est que très-rarement assez grave pour compromettre l'existence des individus qui en sont atteints, il peut cependant avoir des conséquences regrettables, parmi lesquelles on a de tout temps signalé la surdité.

Cela dit, et ces réflexions étant, du reste, familières à tous les praticiens, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de cette nature, deux indications sont immédiatement à remplir :

1° S'assurer que le corps étranger est encore dans le conduit auditif, précaution indispensable lorsqu'on connaît les faits remarquables relatés par Boyer;

2° Extraire le plus tôt possible le corps étranger.

Malgré les nombreux moyens proposés dans ce but, cette seconde indication est souvent beaucoup plus difficile à remplir que la première, et les difficultés tiennent ici autant à la nature du corps étranger lui-même, qu'à la manière dont il est implanté dans le canal auriculaire, et au laps de temps depuis lequel cette implantation a eu lieu.

Toutes ces circonstances exercent indubitablement une influence marquée sur les moyens auxquels il faut avoir recours pour procéder à l'extraction, et sur les résultats qu'on peut en espérer; d'où il suit qu'il faut se résigner à agir chaque fois *comme on peut*, et chercher pour ainsi dire, pour chaque nouveau cas, quelque nouvelle ressource chirurgicale.

Je ne sais si le moyen que j'ai employé a été mis en usage par d'autres avant moi. Les injections forcées sont connues depuis longtemps, et presque tous les auteurs en parlent comme d'un moyen fort dangereux; mais je n'ai trouvé nulle part qu'on ait fait usage *d'injections* lentes, et encore moins, pratiquées par l'instrument auquel j'ai eu recours. Quoi qu'il en soit, je pense qu'on ne lira pas sans quelque intérêt les détails du fait suivant que j'ai recueillis.

Observation. Un jeune agent de change près la place de Marseille assistait, il y a quelques mois, à ce qu'on appelle la *tenue du parquet*, lorsque, par distraction ou par tout autre motif, il porta vivement à l'oreille un crayon qu'il tenait de la main droite, et, par un mouvement brusque, l'enfonça assez profondément pour ressentir une très-vive douleur.

Le crayon fut promptement retiré, mais une virole en ivoire qui le surmontait resta engagée dans le conduit auditif. J'ai pu vérifier plus tard que cette virole avait 8 millimètres de hauteur sur 6 de diamètre.

Ce jeune homme eut la malheureuse idée de chercher à extraire la virole en y réengageant le crayon, et, tout naturellement, le résultat de cette manœuvre fut de l'enfoncer encore plus profondément et d'accroître la douleur déjà très-vive.

Mandé auprès de lui quelques heures après l'accident, il me fut facile de constater la présence du corps étranger, mais impossible de le saisir, soit avec des pinces très-fines, soit avec un petit crochet à faible courbure.

Je n'avais pas à ma disposition la canule plate à ressort, si ingénieusement imaginée par M. Vidal de Cassis; mais, du reste, le gonflement du tégument auriculaire étant assez avancé déjà pour former une espèce de bourrelet en avant de la virole, il m'eût été impossible de me servir de cette canule plate, de même qu'il m'a été impossible d'engager un mors de la pince et le bout du crochet.

Cependant l'intensité de la douleur, la marche rapide du gonflement, et surtout la grande irritabilité du malade, commandaient impérieusement d'extraire le corps étranger le plus promptement possible. Je réfléchis de nouveau à ce qu'il y aurait à faire, et voici à quoi je m'arrêtai :

Je pris la petite seringue d'Anel, et je l'armai de sa plus longue canule, dont l'extrémité, comme on le sait, est en or extrêmement mince, et n'offre presque que l'épaisseur d'un crin. Je chargeai l'instrument avec de l'eau légèrement tiède, et j'engageai la canule le long de la paroi inférieure du conduit, et, en arrivant à la hauteur du corps étranger, je pressai doucement sur le bourrelet tégumentaire, de manière à pénétrer, avec la pointe de l'instrument, entre la peau et la virole.

Cette première partie de la manœuvre ayant réussi, j'augurai bien du reste, et je poussai tout doucement le piston, de façon à faire pénétrer le liquide *goutte à goutte* entre le tégument et la virole.

Au bout de quelques instants, j'eus la satisfaction de m'apercevoir que le corps étranger, poussé par ce levier hydraulique, avait exécuté un léger mouvement de dedans en dehors et de bas en haut. Je retirai alors la canule; j'introduisis de petites pinces, dont un mors pût facilement passer entre la virole et la peau, et l'extraction eut lieu sans difficulté. Inutile d'ajouter que ce jeune homme fut immédiatement soulagé, et que ce petit accident n'a eu pour lui aucune suite.

Je ne sais, je le répète, si ce même moyen a été employé par d'autres, et je sais bien moins encore si, dans une circonstance analogue, il nous fournirait le même résultat. Deux motifs cependant m'engagent à publier ce fait : la simplicité du procédé mis en pratique, et la facilité d'avoir toujours sous la main les instruments nécessaires.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

LUXATION BILATÉRALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, SANS PROJECTION DU MENTON EN AVANT; REBELLE AU PROCÉDÉ DE M. NÉLATON; RÉDUITE PAR LA PRESSION DES POUCES SUR LE CORPS DE L'OS; par M. MALGAIGNE.

Les luxations, malgré les travaux de l'école moderne, sont encore pleines de mystères. En traçant dans mon Traité l'histoire des luxations bilatérales de la mâchoire, j'avais rencontré l'idée de M. J.-L. Petit et d'A. Cooper, qui admettent des luxations incomplètes ou *subluxations*. A. Cooper, en particulier, dit que la mâchoire est immobile, la bouche légèrement ouverte; et que l'action des muscles procure généralement la réduction spontanée.

A. Cooper ne dit rien de la position du menton; et dans un cas rapporté par Bénévoli, où les muscles seuls réduisirent le déplacement, la bouche précisément était *extrêmement ouverte, non pas absolument immobile, et le menton ne faisait pas saillie en dehors*. Ce dernier phénomène m'avait singulièrement frappé, et j'en avais cherché vainement un autre exemple, quand je viens d'en avoir un sous les yeux. Or, les mâchoires étaient fort écartées, et cependant la mâchoire inférieure encore assez mobile; mais l'absence de projection du menton en avant était extrêmement remarquable. Un autre point intéressant à noter, c'est la résistance de la luxation au procédé renouvelé par M. Nélaton. Maintenant comment expliquer tous ces phénomènes? Je suis obligé de confesser mon insuffisance à cet égard. Voici l'observation.

OBS. — Le 3 septembre 1853, se présenta à moi la nommée Mail (Anne), âgée de 50 ans, demeurant Faubourg-du-Temple, 66.

Il y a dix ans, elle se fit pour la première fois, en bâillant, une luxation du maxillaire inférieur : les mâchoires restaient entr'ouvertes, surtout du côté droit; la salive coulait abondamment par la bouche qui, ainsi que le menton, étaient déviés à gauche. C'était donc une luxation unilatérale du côté droit. La malade vint à Saint-Louis pour consulter M. Jobert; mais en entrant dans la salle, dit-elle, ayant tourné brusquement la tête à droite, elle entendit une sorte de craquement, et se trouva avec sa luxation réduite.

Dans les deux ans qui suivirent, la même luxation s'est reproduite plusieurs fois par le même mécanisme, et avec les mêmes symptômes. — La réduction s'en faisait spontanément; pour cela la malade n'avait qu'à fléchir la tête et contracter fortement ses masséters.

Environ trois ans après la première luxation, elle s'en fit une nouvelle, mais cette fois bilatérale; le menton était fortement abaissé sans être dévié ni à droite ni à gauche. La malade chercha à la réduire, mais le moyen qui lui avait si bien réussi échoua complétement cette fois. M. Jobert la réduisit par le procédé ordinaire, avec les pouces appuyés sur les dents molaires. Depuis ce temps-là, la luxation s'est reproduite deux ou trois fois, toujours en bâillant et toujours bilatérale. La malade la réduisait presque immédiatement par le même moyen, c'est-à-dire en fléchis-

sant la tête et contractant les masséters.

Il y a deux ans, survint une récidive qu'elle ne put réduire; le lendemain matin elle vint à Saint-Louis, où l'interne de garde fit la réduction; la malade dit qu'elle fut très-longue et très-pénible, et ne dura pas moins de 20 minutes. Depuis un an elle a eu encore trois récidives, l'une pour laquelle elle est venue à Saint-Louis, les deux autres qu'elle a pu réduire elle-même.

Enfin, aujourd'hui 3 septembre, elle s'est encore fait une luxation en bâillant. La luxation est bilatérale : la bouche paraît médiocrement ouverte, à raison du rapprochement des deux lèvres, bien que les dents incisives des deux mâchoires soient écartées de deux centimètres et demi. Je dis à la malade d'ouvrir sa bouche le plus possible; la mensuration nous donne cette fois entre les dents 3 centimètres. Il y avait des douleurs assez vives dans la région zygomatique lorsque la malade cherchait à écarter ou à rapprocher ses mâchoires; mais ce qui était surtout frappant et ce que je fis remarquer aux assistants, c'est que la mâchoire inférieure n'était pas portée en avant, mais abaissée directement, et les dents incisives restant en arrière de celles de la mâchoire supérieure comme à l'état normal. L'aspect extérieur de la face était du reste celui d'un bâillement permanent : le menton abaissé et porté en arrière, les joues allongées, creuses; au-devant de l'oreille se voyait un vide, mais peu étendu et dans lequel je ne pouvais engager l'index que par le côté. Je cherchai les apophyses coronoïdes, soit en dehors, soit par la bouche, sans pouvoir saisir nettement leurs rapports avec les os zygomatiques; j'ai déjà dit d'ailleurs que la malade abaissait librement le menton d'un demi-centimètre. L'articulation des mots était difficile, mais la malade se faisait assez bien entendre.

Tout ceci examiné avec soin, j'essayai la réduction par le procédé de M. Nélaton. D'abord, placé en avant, je fis ouvrir modérément la bouche à la malade, j'appuyai doucement les pouces sur les deux apophyses coronoïdes pour les repousser en arrière; rien ne bougea. Je me plaçai derrière la femme, et appliquant mes pouces sur son occiput, avec les indicateurs et les médius je pressai d'arrière en avant sur les apophyses; même insuccès. Alors, placé de côté, je saisis la mâchoire inférieure en avant; embrassant à la fois le menton et les incisives à la manière d'Hippocrate; je lui imprimai de légers mouvements pour éviter la contraction musculaire, et saisissant un moment où la malade ne s'y attendait point, je poussai en arrière et j'échouai encore. Alors, de guerre lasse, je portai les pouces sur les côtés de l'arc dentaire, et pressai sur le corps de l'os en le repoussant en arrière; la réduction se fit à gauche; je renouvelai la manœuvre à droite et réussis également.

J'examinai alors les rapports des incisives; elles n'offraient rien de particulier. J'invitai la malade à ouvrir la bouche; à l'instant la luxation se reproduisit avec les mêmes circonstances. J'en profitai pour rechercher plus attentivement les rapports des os, ne craignant plus de réduire trop vite; je ne trouvai rien qui m'expliquât cette étrange position de la mâchoire. Je voulus encore tenter le procédé de M. Nélaton; ce fut avec le même insuccès, tandis que la pression avec les pouces réussit même plus rapidement que la première fois.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

Observation de luxation incomplète du cubitus en arrière de l'humérus, irréductible au bout de deux jours; par M. LAMARE fils, D.-M. à Honfleur. — Cette variété de luxation étant fort rare, il importe d'en rassembler les nouveaux cas qui se présentent, et surtout d'en apprécier la valeur; c'est ce qui nous a engagé à reproduire l'observation suivante.

Obs. — « Le 25 janvier dernier, un charpentier tomba d'une hauteur d'environ 7 mètres. Le médecin qui le vit après l'accident constata les effets d'une commotion cérébrale, et les signes d'une violente contusion du coude au bras droit. Un engorgement considérable avait déjà envahi le membre blessé; mais la facilité avec laquelle s'exécutaient les mouvements de l'articulation huméro-cubitale, et l'absence de signes appréciables d'une luxation, firent d'abord porter le diagnostic d'une contusion sans complication. Aussi se borna-t-il à entourer le bras de cataplasmes émollients, et se mit-il en devoir de combattre par un traitement convenable les accidents qui devaient se manifester du côté du cerveau. Le 27, le gonflement inflammatoire avait notablement diminué; mais comme le mouvement de flexion ne pouvait pas être complet, un nouvel examen eut lieu. J'y assistai; en voici le résumé.

« Pas de raccourcissement du membre, qui n'offre aucune déviation ni déformation sensible; le triceps et le biceps ont conservé leurs rapports. Le diamètre bi-

latéral au niveau du coude n'est pas augmenté. Peut-être y a-t-il un peu plus d'étendue dans le diamètre antéro-postérieur ; mais le gonflement du membre ne permet pas de le mesurer exactement.

» Les mouvements de l'articulation ne sont pas notablement gênés quand on ne les force pas. Abandonné à lui-même, l'avant-bras se place en pronation et dans la demi-flexion ; néanmoins, on peut le porter alternativement dans le sens de la pronation et de la supination, sans que le blessé se plaigne. Pendant ces mouvements, le doigt constate nettement la rotation de la tête du radius et son contact persistant avec l'épicondyle de l'humérus (*sic*). La flexion est le mouvement qui a le moins d'étendue ; quand on veut le faire complétement, on éprouve de la résistance, et le malade accuse de la douleur. Dans le mouvement d'extension, le toucher fait reconnaître la situation respective des tubérosités de l'humérus et de l'olécrâne, qui n'est pas remontée au-dessus de son niveau ordinaire. Seulement, cette éminence forme sous la peau une saillie plus grande, et n'offre pas autant d'étendue suivant le diamètre bilatéral.

» Au-dessous de l'olécrâne et derrière l'épitrochlée, on sent une dépression assez profonde qui est limitée par une crête osseuse concave, et qui est produite par la configuration anatomique du bord interne de la grande cavité sigmoïde du cubitus.

» Quand le bras est dans la demi-flexion, on parvient avec quelques efforts à produire un léger bruit de crépitation par le frottement des nouvelles surfaces articulaires et l'ébranlement de l'apophyse olécranienne ; mais les mouvements de latéralité sont très-bornés.

» Dans l'espèce, j'ai diagnostiqué une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du cubitus, qui s'est déplacé de dedans en dehors et d'avant en arrière en pivotant sur son axe, de sorte qu'il n'a plus d'autre point de contact avec l'humérus que la moitié externe de la grande cavité sigmoïde.

» Il a été impossible, après plusieurs tentatives, d'opérer la réduction de cette luxation. Mais comme le membre a conservé des mouvements d'une certaine étendue, nous avons cru que le traitement devait désormais avoir pour but d'éviter l'ankylose des nouvelles surfaces articulaires.

» Cependant, avant de prendre cette résolution, nous avons fait constater la luxation par un troisième médecin. La facilité avec laquelle il provoqua les mouvements du membre malade, et un examen trop précipité, lui firent d'abord nier la possibilité d'une luxation. Mais une étude plus sérieuse des symptômes l'a fait revenir de son erreur. »

Il y a, dans cette observation, de nombreuses lacunes. Ainsi M. Lamare n'a pas recherché si l'humérus faisait saillie en avant du cubitus, il n'a pas mesuré la distance de l'épitrochlée à l'olécrâne ; il n'a pas eu l'idée, qui semble se présenter ici si naturellement, d'une fracture de l'apophyse coronoïde. Nous l'engageons vivement à revoir son malade et à préciser plus exactement les rapports des deux os ; en cherchant d'ailleurs à reproduire sa luxation même avec des os secs, il se convaincra facilement que, dans une luxation incomplète sans fracture, le cubitus touche l'humérus par le bec coronoïdien, et non par le côté externe de l'échancrure sigmoïde.

De même, il eût été à désirer qu'il indiquât les procédés qu'on a mis en usage. Nous savons trop quelles difficultés offrent parfois les luxations les plus légères en apparence, pour dire que celle-ci aurait cédé à des tractions et des pressions convenablement combinées ; cependant, comme nous n'avons jamais rencontré d'obstacles insurmontables dans les luxations du coude datant de deux jours, nous ne saurions nous expliquer la résistance que le chirurgien a rencontrée ici. »

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER CONTRE DES HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES AU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS. — Nous avons employé avec avantage, dit M. Remilly, le perchlorure de fer contre les hémorrhagies utérines qui accompagnent si fréquemment le cancer du col. C'est en injections qu'il a été alors administré, à la dose de 15 grammes de perchlorure (1) pour 250 grammes d'eau. Voici plusieurs exemples de son utile application contre ces hémorrhagies tenaces, rebelles, amenant si rapidement l'anémie, l'anéantissement des malades, et qui sont le plus souvent si difficiles à maîtriser.

Chez une première malade couchée au nº 6 de la salle de Sainte-Marthe, âgée de soixante ans, et atteinte de cancer de l'utérus et d'anémie consécutive, il y avait douze jours que des pertes allaient en augmentant, de telle sorte que plusieurs

(1) La préparation livrée aux hôpitaux par la pharmacie centrale est la solution à 45 degrés, et complétement neutre.

fois par jour cette malade perdait des caillots du volume du poing. Deux injections sont faites le 12 septembre, à cinq minutes de distance ; elles arrêtent l'hémorrhagie pendant trois jours.

Le 15, le sang reparaît; la malade tache son linge en rouge dans une étendue de la largeur des deux mains ; deux nouvelles injections sont faites, le sang s'arrête immédiatement, mais revient dans la nuit peu abondamment.

Le 16 et le 17, on continue les injections sans pouvoir faire cesser complétement l'hémorrhagie.

Le 18, après les deux injections, la malade pâlit et est prise d'une défaillance qui paraît avoir pour point de départ les symptômes locaux déterminés par les injections elles-mêmes; savoir : gonflement et tension douloureuse des parties génitales, qui se dissipent dans l'espace d'une ou deux heures. A cette occasion, la malade nous raconte qu'elle est sujette depuis longtemps à ces sortes de défaillances qui seraient produites par des causes physiques ou morales souvent fort légères. L'examen du cœur nous fait constater l'existence d'une hypertrophie avec dilatation. On suspend les injections.

Le 19, la malade est changée de salle, et pendant le transport est prise d'une perte assez abondante, qui s'arrête seulement au bout d'une heure.

Dans la journée et dans la nuit du 26, elle rend encore quelques caillots ; une injection de perchlorure, qui, cette fois, ne reproduit pas de défaillance, fit disparaître l'écoulement, et depuis cette époque, c'est-à-dire du 26 octobre au 19 novembre, la malade n'a éprouvé parfois qu'un sentiment de pesanteur à l'hypogastre, et n'a plus perdu de sang.

Chez une seconde malade, couchée au n° 14 de la même salle, âgée de quarante-neuf ans, et atteinte de fongosités du col molles, s'écrasant sous le doigt, d'où un écoulement de sang noir et fétide, deux injections de perchlorure ont été faites le 10 novembre contre une hémorrhagie abondante. La première injection à elle seule a fait disparaître l'écoulement presque immédiatement. Le lendemain, une seconde perte a lieu ; une injection ne peut l'arrêter, mais la malade dit elle-même que la canule a été mal introduite. Le 13, une injection modère immédiatement et très-notablement l'écoulement de sang. Depuis, la malade n'a plus que des pertes blanches, à peine teintes de sang.

Chez une troisième malade, âgée de quarante-huit ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Cécile, et atteinte d'un encéphaloïde du col de l'utérus, à la suite d'hémorrhagies abondantes, on fait, le 7, le 8 et le 9 novembre, des injections de perchlorure qui modèrent l'écoulement. La malade se plaint que ces injections exagèrent la cuisson habituelle de ses parties génitales ; depuis cette époque, elles ont été suspendues, il n'y a plus eu d'hémorrhagie sérieuse , et la malade rend seulement, malgré elle, ses urines et ses matières fécales teintes de sang.

Enfin, chez une quatrième malade, âgée de quarante-et-un ans, couchée au n° 5 de la même salle, et atteinte de tumeurs abdominales multiples, paraissant adhérentes à l'utérus, et de polypes de la cavité utérine, les injections de perchlorure de fer, faites pendant quatre jours, n'ont pas modifié les hémorrhagies. Mais nous devons faire remarquer que, chez cette malade, le col est sain, et que si le perchlorure n'a pas agi, c'est que les injections n'ont pu parvenir jusqu'aux parties d'où naissait l'écoulement.

Il résulte de ces faits, dit M. Remilly, que le perchlorure de fer a été réellement utile pour arrêter les hémorrhagies provenant d'affections cancéreuses du sein et de l'utérus; qu'il a ainsi retardé les progrès de l'anémie et prolongé l'existence des malades. Il est impossible de dire quelle a été, et quelle pourra être dans l'avenir l'influence de cet agent hémostatique sur l'affection cancéreuse elle-même. Il est toutefois permis de penser qu'il viendra en aide aux traitements toniques, ferrugineux et autres, employés si souvent sans le moindre succès pour combattre le cancer et ses complications.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Avortement a six mois de grossesse ayant pour cause des hydatides du placenta ; par M. MELCIEUL.

Obs. — Héloïse Allain, femme Grandin, âgée de 28 ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, mariée à 26 ans, a eu un premier accouchement à 27 ans. Le travail s'est opéré naturellement. L'enfant vit encore, mais est de chétive apparence.

Dans les premiers jours de mars 1852, cette femme devint enceinte pour la deuxième fois. Pendant les deux premiers mois, la grossesse ne présenta rien de particulier; mais, à partir du mois de mai, il se manifesta une série d'accidents qui, à plusieurs reprises, firent courir à la malade les plus grands dangers : vomisse-

ments opiniâtres, lipothymies très-fréquentes, douleurs intolérables à la région épigastrique, palpitations très-violentes, etc., qui cédaient difficilement et encore momentanément aux moyens thérapeutiques employés en pareils cas.

Depuis la moitié de juillet jusqu'à la fin d'août, à cet état se joignit quelque chose de particulier se passant du côté de l'utérus : pertes utérines assez fréquentes, mais d'une intensité modérée; douleurs à la région hypogastrique. Dans les quinze derniers jours, de véritables douleurs utérines, précédées d'une perte assez considérable, se montrèrent à deux reprises différentes, et firent craindre un avortement imminent; mais chaque fois, au bout de peu de temps, le calme se rétablit.

Dans le courant du mois d'août, le ventre acquit un développement tel, que M. Melcieul fut porté à douter de l'exactitude de la période de grossesse que la femme accusait.

Le 1er septembre, à trois heures du soir, les premières douleurs se firent sentir. A huit heures, la poche des eaux se rompit; il s'écoula très-peu de liquide amniotique. En même temps, il sortit du vagin un corps charnu ayant le volume de la tête d'un fœtus à terme. C'était une masse d'hydatides.

A peine dix minutes après, une douleur expulsa le fœtus, qui sortit sans difficulté. — L'enfant était vivant, bien conformé, présentant tous les caractères d'un fœtus de six mois, mais très-maigre (la vie se continua environ 20 minutes).

Après un moment de calme, les contractions utérines reprirent avec une excessive intensité; la délivrance ne se faisait pas. Les tractions sur le cordon étaient impossibles, vu l'exiguïté de ce dernier : — bientôt syncopes et hémorrhagies. M. Melcieul introduisit deux doigts dans le vagin, et arriva jusqu'au col, qu'il trouva spasmodiquement contracté. C'était le cas d'employer la pommade de belladone; il en introduisit une assez grande quantité. Ce moyen eut un plein succès. Au bout de dix minutes, une très-forte douleur expulsa une masse énorme d'hydatides, ayant plus du volume de la tête d'un adulte. Le placenta et le cordon étaient sortis en même temps. Bien que le toucher eût permis de croire que tout était fini, cependant, le lendemain, la femme rendit encore en urinant une autre masse d'hydatides ayant trois fois le volume du poing.

Malgré quelques accidents dus à un manque de précautions, la femme se rétablit à merveille, et, au 1er octobre, elle vaquait à ses occupations.

Le placenta et le cordon avaient la composition, la forme et le volume ordinaires. Les membranes étaient aussi dans leur état normal. Les productions hydatifères étaient contenues dans l'œuf, adhérant fortement à la paroi de la membrane amniotique.

L'avortement a eu évidemment pour cause le développement excessif des hydatides. Le fœtus, bien que faible et grêle, avait toutes les conditions de viabilité intra-utérine. Il y a eu expulsion forcée de domicile. D'un autre côté, les accidents pendant la grossesse prouvent que cette terminaison prématurée a été sur le point de se produire à plusieurs reprises. Tout porte donc à penser que, sans cette cause, la grossesse se continuant, le fœtus serait arrivé à terme, parfaitement viable.

L'étiologie des hydatides intra-utérines est fort obscure, et leurs signes n'en sont guère mieux connus. Mougeot indique, d'après Percy, deux symptômes qui semblent appartenir spécialement à cette affection : c'est d'abord l'alternative de petites pertes rouges et aqueuses, qui commencent chez la plupart des femmes dès le deuxième mois, et continuent, à des intervalles plus ou moins longs, jusqu'à l'expulsion de la masse hydatique; et, ensuite, l'état de l'orifice de l'utérus qui reste constamment béant et ne change qu'à peine de forme et de place. Chez la malade de M. Mercieul, les hémorrhagies utérines ne se sont manifestées qu'à partir du quatrième mois de la grossesse.

Par rapport au fœtus, le développement des hydatides est assez fréquemment fâcheux; il en détermine la mort ordinairement à une époque peu avancée de la grossesse, mais quelquefois, cependant, à une époque plus reculée, et lorsqu'il est déjà trop volumineux pour se décomposer et être absorbé.

Il n'est pourtant pas impossible que l'utérus renferme à la fois des hydatides et un fœtus qui croît régulièrement et est ensuite expulsé à terme. Montgomery rapporte qu'une dame enceinte de quatre à cinq mois expulsa un grand nombre d'hydatides, et, plus tard, au terme régulier de sa grossesse, elle mit au monde un enfant vivant.

(*Recueil de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire* et *Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

Chimie médicale et pharmac.

Sur la présence du malate de chaux dans les feuilles du frêne commun ; par M. GAROT. — Depuis la publication faite il y a bientôt un an, des heureux résultats obtenus de l'emploi des feuilles de frêne dans le traitement de la goutte, diverses formules plus ou moins rationnelles ont été proposées pour approprier les feuilles de cette plante aux usages pharmaceutiques.

La connaissance du ou des produits immédiats, auxquels le frêne doit cette propriété antigoutteuse étant indispensable avant de proposer une formule quelconque, nous nous sommes livrés, à cette époque, M. Frère et moi, à la recherche de ce produit, et cela avec d'autant plus d'ardeur que l'un de nous est affecté depuis longtemps et très-fréquemment de cette cruelle maladie.

Le peu de feuilles que nous avions pu nous procurer l'hiver dernier ne nous ayant pas permis de compléter notre travail, nous comptions le reprendre vers la fin de cette année avec des feuilles que nous aurions récoltées nous-mêmes et de la provenance desquelles nous serions parfaitement sûrs.

Mais la publication récente que vient de faire notre honorable confrère M. Émile Mouchon, dans le *Répertoire de pharmacie*, sur l'emploi des feuilles de frêne comme purgatif (1), nous engage à devancer la fin de notre travail, en faisant connaître, à la Société, les quelques résultats sommaires que nous avions obtenus et qui peuvent expliquer, selon nous, la propriété antigoutteuse ou purgative de cette plante ; c'est la présence, dans son infusion, d'une quantité *considérable* d'un sel de chaux que nous avons reconnu être du *malate*.

En effet si l'on traite, à froid, 100 grammes de feuilles de frêne sèches par S. Q. d'eau distillée jusqu'à ce que les derniers lavages ne précipitent plus par l'oxalate d'ammoniaque, on obtient une liqueur légèrement ambrée, rougissant faiblement la teinture de tournesol et précipitant abondamment par l'oxalate d'ammoniaque.

Si l'on élimine alors la chaux contenue dans cette infusion au moyen de l'acide oxalique, on reconnaîtra qu'il a fallu y ajouter 9 grammes 40 centigrammes d'acide cristallisé pour en précipiter toute la chaux combinée, et que le produit en oxalate de chaux, après dessiccation à l'étuve, est de 12 grammes représentant 4,20 de chaux, et par conséquent de 15 à 16 grammes de malate.

(1) Voir notre tome XVII, p. 436 et 544.

Ce malate s'obtient au reste assez facilement en faisant évaporer l'infusion jusqu'à la consistance de *sirop clair ;* à mesure de l'évaporation il se forme à la surface du liquide des rudiments de cristaux qui, après le refroidissement, se réunissent au fond du vase, sous forme d'un dépôt grisâtre, que l'on recueille dans un entonnoir dont la douille est fermée par un bourdonnet de coton, on laisse égoutter, puis on lave ensuite avec de l'eau alcoolisée et l'on fait sécher. On obtient ainsi le malate sous forme d'une poudre presque blanche.

En traitant de cette manière 1 kilogramme de feuilles sèches, nous avons pu en retirer 50 grammes de malate. Le surplus du sel reste en combinaison avec la matière gommo-extractive qui constitue les eaux-mères ; il nous a été impossible d'en opérer alors la séparation.

Pour constater la nature de l'acide uni à la chaux, nous nous sommes livrés à quelques recherches. Et d'abord la solubilité assez grande du sel de chaux dans l'eau, nous indiquait de prime abord que ce n'était ni l'oxalique ni le tartrique qui formaient cette combinaison ; restait à savoir si elle était due soit à l'acide citrique soit à l'acide malique ou à un acide particulier.

La matière gommo-extractive étant précipitée, en même temps que l'acide, par l'*acétate neutre de plomb,* ce réactif n'a pu nous servir pour l'éliminer. Le précipité jaune que nous obtenions, après lavage et traitement par l'hydrogène sulfuré, fournissait une liqueur très-acide qui se réduisait par l'évaporation en un extrait brun déliquescent, très-acide et précipitant abondamment par l'alcool ; dans ce cas l'acide reste en combinaison avec la matière extractive comme le sel de chaux dans les eaux-mères précédentes.

C'est avec le sel calcaire obtenu par évaporation que nous parvînmes à isoler et à constater la nature de cet acide. A cet effet 10 grammes de ce sel furent délayés dans 200 grammes d'eau distillée bouillante et traités par 6 grammes d'acide oxalique cristallisé, quantité nécessaire pour éliminer toute la chaux et obtenir un liquide ne précipitant plus ni par l'oxalate d'ammoniaque ni par le chlorhydrate de chaux.

Après filtration, évaporation et exposition à l'étuve, nous obtînmes un liquide sirupeux de couleur ambrée, sans apparence de cristallisation, d'une acidité forte et franche, sans odeur, se dissolvant dans l'alcool et reformant par l'évaporation du véhicule un liquide de même siru-

peux, sans apparence de cristallisation.

Cette liqueur acide, redissoute dans une petite quantité d'eau, fut additionnée d'une certaine proportion d'ammoniaque, de manière à ne saturer que la moitié de l'acide, et soumise à une nouvelle évaporation, elle donna lieu à un liquide sirupeux qui, abandonné à lui-même à l'air libre, fournit des cristaux durs bien distincts, présentant quelques facettes.

L'acide citrique mis dans les mêmes conditions, ne produisit qu'un liquide sirupeux déliquescent et sans apparence de cristaux.

En raison des propriétés caractéristiques, déliquescence de l'acide et cristallisation du sel ammoniacal acide, nous en avons déduit que le sel de chaux était formé par l'acide malique.

En résumé, il résulte de nos essais préliminaires sur les feuilles du frêne commun :

1° Qu'elles contiennent du malate de chaux;

2° Que ce sel s'y trouve en quantité assez importante (16 pour 100) pour expliquer l'action médicatrice de ces feuilles, soit dans les affections goutteuses, soit même comme purgatives;

3° Que la simple infusion à froid suffit pour leur enlever tout le sel calcaire qu'elles renferment;

4° Que ce sel se trouve uni dans l'infusion à froid, à une matière gommo-extractive qui en retient la majeure partie en une espèce de combinaison extractiforme soluble dans l'eau, ce qui explique pourquoi l'on n'obtient que 8 pour 100 de sel par l'évaporation.

Si l'on vient à constater que c'est au sel calcaire que les feuilles doivent quelques-unes des propriétés qu'on lui attribue, on devra dans les formules dans lesquelles on désirera le faire prévaloir, n'employer que l'infusion à froid et éviter la décoction et même l'infusion dans l'eau bouillante. Ces deux opérations déterminent la solubilité de matières extractives, résineuses et colorantes qui se combinent au sel calcaire et forment avec lui une sorte de laque insoluble qui reste avec les feuilles, quand on vient à passer soit la décoction, soit l'infusion. (*Ibid.*)

Faits pour servir a l'histoire de l'iode; par M. Ch. BARRESWIL. — Depuis quelques années l'attention des chimistes s'est, pour ainsi dire, concentrée sur les recherches de l'iode. Ce métalloïde qu'on ne trouvait que par exception dans la nature, et dont on comprenait à peine la raison d'être, a pris peu à peu une importance qui ne le cède à aucun autre corps simple. Si l'on s'en rapporte aux analyses que chaque recueil publie mensuellement, l'iode est le corps le plus répandu de tous; il sera bientôt l'élément le plus essentiel, le principe vital par excellence. Lorsqu'on réfléchit à ce que les procédés à l'aide desquels on recherche l'iode sont les mêmes exactement qu'on employait il y a vingt-cinq ans, savoir la coloration en bleu produite par l'action de l'iode sur l'amidon, l'iode étant éliminé de ses combinaisons par l'acide hyponitrique, on s'étonne qu'un corps si facile à reconnaître ait pu être si souvent méconnu; et on est amené à se demander si des résultats si inattendus ne seraient pas, dans certains cas très-différents, produits par une même cause contre laquelle on n'est pas assez souvent en garde; je veux parler de l'impureté des réactifs.

J'avais eu l'occasion, à propos d'une expertise déjà ancienne, de retrouver l'iode dans le nitrate de soude du commerce. Cette découverte m'a donné à penser que je devrais retrouver l'iode dans les divers réactifs qui ont pour point de départ, soit le nitrate de soude, soit l'acide nitrique. En conséquence, j'ai dû chercher l'iode dans l'acide nitrique à divers degrés, dans le nitrate de soude purifié, dans la potasse caustique provenant de la potasse d'Amérique, purifiée par fusion avec le nitrate de soude, dans l'acide sulfurique, dans l'acide chlorhydrique, *réactifs* qui tous ont été conseillés et employés à la recherche de l'iode. Or, il est arrivé que tantôt j'ai trouvé dans tous de l'iode, tantôt j'en ai trouvé dans quelques-uns seulement, tantôt enfin je n'en ai pas rencontré la moindre trace. C'est surtout dans l'acide nitrique que j'en ai vu le plus régulièrement et en plus fortes proportions.

Rien de plus simple que de reconnaître la présence de l'iode dans l'acide nitrique : on étend celui-ci de son volume d'eau, on l'introduit dans un ballon muni d'un tube abducteur, on chauffe, et l'on reçoit les vapeurs dégagées dans un petit tube éprouvette renfermant de l'empois très clair, fait avec de l'amidon bien lavé à l'eau froide. L'acide nitrique provenant du nitrate de soude n'est pas le seul qui soit iodé. Celui que fournit le salpêtre, renferme également de l'iode. Mais on sait que le salpêtre aujourd'hui se prépare par double décomposition, à l'aide du chlorure de potassium ou même du carbonate de potasse et du nitrate de soude.

On reconnait l'iode dans le salpêtre ou

le nitrate de soude en ajoutant à ceux-ci un peu d'acide nitrique exempt d'iode, et chauffant comme il vient d'être dit. Ce mode d'analyse peut être conseillé comme procédé de purification du nitrate de soude pour le besoin des arts.

Il suffit de verser sur le nitrate de soude 5 pour 100 de son poids d'acide nitrique ordinaire et d'évaporer à sec, pour en enlever complétement l'iode.

La présence de l'iode dans l'acide sulfurique peut être constatée d'une manière analogue. L'iode provient en ce cas de l'acide nitrique qui a été introduit dans les chambres de plomb.

L'acide chlorhydrique a sans doute emprunté son iode à l'acide sulfurique, à moins qu'il ne provienne de sel dérivé du travail des soudes de varechs ou de la préparation du salpêtre ; pour reconnaître l'iode dans l'acide chlorhydrique, il est bon de saturer préalablement celui-ci ; la recherche est, du reste, aussi facile que dans les cas précédents.

L'iode signalé dans la potasse provient sans doute du nitrate de soude qui a servi à blanchir la potasse d'ammoniaque, à moins qu'il ne soit originairement inhérent à la potasse elle-même, surtout si celle-ci provient des sels de varechs.

Rien de plus simple, d'ailleurs, que de se procurer de la potasse pure; il suffit pour cela d'épurer par plusieurs cristallisations du nitrate de potasse, dont on fait de la baryte, et du sulfate de potasse qui, avec la baryte pure, donne de la potasse exempte d'iode.

Si l'on veut employer acide pur et potasse pure, on est sûr que si l'on rencontre de l'iode, et la recherche en est très-facile, cet iode existe réellement dans les substances que l'on expérimente. Le procédé que je rappelle, celui que l'on doit à MM. Colin et Gaultier de Claubry, est de tous le plus sensible et le plus rigoureux. Celui que l'on a fondé sur la non-dissolution de l'iodure d'argent dans l'ammoniaque est loin d'être infaillible, et je me suis assuré que le bromure d'argent, précipité en présence de l'acide nitrique, acquiert une cohésion telle qu'il ne se dissout qu'avec peine dans l'ammoniaque ; à tel point que j'avais tendance, lorsque je remarquai ce fait, à prendre le précipité indissous pour de l'iodure d'argent, et que, pour être persuadé que j'avais affaire à du brome, il me fallut décomposer les sels d'argent par le zinc et l'acide sulfurique ; je dois dire en tous cas que la présence du brome n'est pas un obstacle à la recherche de l'iode dans la méthode classique.

Si, par exemple, on se propose de rechercher l'iode dans le brome, on peut aisément y arriver par le moyen suivant. On verse le brome supposé iodé dans une dissolution saturée de sulfate ferreux en grand excès, le brome disparaît bientôt ; on ajoute alors de l'acide nitrique exempt d'iode, jusqu'à ce que la liqueur soit d'un brun intense, et on opère comme s'il s'agissait de retrouver l'iode dans l'acide nitrique. Cette recherche demande quelques minutes d'attention.

Sans aucun doute les réflexions qui précèdent et les expériences sur lesquelles elles s'appuient sont connues du plus grand nombre : si je les cite, c'est comme préliminaire d'un travail que je publierai prochainement à propos d'expériences *négatives* sur la recherche de l'iode dans plusieurs substances où sa présence paraît suffisamment démontrée. (*Ibid.*)

Observations pratiques sur la préparation de l'iodure de potassium ; par M. GRIPEKOVEN, pharmacien, membre titulaire de la Société.

Lorsque, il y a deux mois, j'eus l'honneur de vous faire part que j'avais trouvé de l'iodure de plomb dans l'iode anglais, je croyais avoir fait une découverte des plus importantes. Aujourd'hui, après beaucoup de temps et de peine pour évaluer la quantité de l'iodure de plomb, n'en ayant trouvé que 10 grammes dans les 5500 grammes d'iode sur lesquels j'avais opéré, j'ai cru devoir modifier le titre sous lequel j'avais d'abord présenté mon travail. (Il est évident que la quantité de plomb trouvée est trop petite pour avoir été introduite à dessein. Le sel plombique provient sans doute d'un hasard, ou des ustensiles qui ont servi à manier l'iode).

Du reste, après les aveux de MM. Acar et Chevallier, qu'on a trouvé dans l'iode jusqu'à 10 substances étrangères, entre lesquelles figure même le sulfure de plomb, on peut s'attendre à tout et on ne doit cesser de rester en garde contre la fraude.

L'iode sur lequel j'ai opéré contenait, outre l'iodure de plomb mentionné, 210 grammes de chlorure de calcium, 110 grammes d'oxyde de fer et une quantité non déterminée de chlorure d'iode, en tout environ 6 p. c. de matières étrangères.

Cependant, je saisirai cette occasion pour vous présenter les quelques réflexions que m'a suggérées ce travail, auquel je me suis livré bien souvent, la préparation de l'iodure de potassium.

Personne, je pense, n'a jamais sérieu-

sement douté que l'iode, dit français, sublimé en écailles, ne mérite la préférence sur l'iode dit anglais, qui se présente toujours en masse confuse, plus ou moins pulvérulente, bien ou mal cristallisée, avec toutes les impuretés que la concurrence, ce fléau moderne, sait y introduire. Il va sans dire que, dans une masse pareille, des matières étrangères peuvent être incorporées plus facilement que dans des écailles plus ou moins définies.

Malgré cette vérité bien connue, c'est, en dehors de la France, toujours l'iode anglais qui est employé de préférence pour la fabrication de l'iodure de potassium. Quelle en est la cause? C'est le prix moins élevé de l'iode anglais. Mais ce prix, tant soit peu plus bas, justifie-t-il bien la substitution d'un iode plus ou moins impur à un iode bien sublimé? Évidemment non. Ce que l'on gagne d'un côté, on le perd de l'autre; car le rendement de l'iode français est toujours supérieur à celui de l'iode anglais, quoique, je le reconnais volontiers, la fabrication de ce dernier se soit beaucoup perfectionnée. Si nous comparons le produit de nos jours, convenablement sec, avec cette masse humide, qui contenait quelquefois jusqu'à 25 p. c. d'eau, nous n'avons qu'à nous en féliciter. Il y a toutefois le plus souvent encore une perte de 5 à 6 p. c. à subir. Les matières étrangères deviennent de plus en plus rares, et sont souvent dues plutôt au hasard qu'à la fraude. D'autre part, nous ne pouvons pas nous endormir sur la pureté de l'iode français. J'en possède, dans ce moment, qui ne contient pas mal de chlorure de calcium. Pour s'en délivrer, un lavage continu à l'eau distillée, jusqu'à ce que l'oxalate d'ammoniaque ne précipite plus le liquide filtré, est indispensable. L'eau entraîne tout ce qui est soluble, même le chlorure d'iode, qui n'y est pas rare. On ne doit pas craindre de perdre beaucoup d'iode par ce lavage; soluble à 1/7000 seulement, il s'en dissout très-peu.

Ce sont surtout les chlorures qui sont les plus gênants dans la préparation de l'iodure de potassium. Il devient presque impossible de s'en débarrasser plus tard, une fois que les chlorures et les iodures sont mêlés. Il est d'autant plus indispensable de les écarter de bonne heure, qu'ils donnent lieu à une apparence de falsification, quoique ce ne soit qu'un mélange fortuit.

La présence du chlorure d'iode peut être facilement démontrée par la distillation. La petite portion d'iode qui a été dissoute par le lavage, se sublime dans le col de la cornue. Elle est entraînée plus tard par le liquide qui suit. On le sépare de l'eau, en secouant le produit de la distillation avec de l'éther, puis avec une solution faible de potasse.

Les sels de plomb s'écartent souvent par les lavages. Il est à remarquer qu'on ne peut ni les reconnaître ni les doser à l'état de sulfate, parce que les sels calcaires fournissent également des précipités avec l'acide sulfurique. On les sépare le mieux à l'état de sulfure de la dissolution acidulée.

Les sels de fer, qui se trouvent souvent en présence, peuvent être reconnus ensuite, en saturant la dissolution acide avec du sulfure d'ammonium. Le plus souvent le fer se trouve à l'état de battiture, plus ou moins oxydé; il est dans ce cas peu soluble. Un examen préalable de l'iode ne le fait que rarement découvrir. S'il était ajouté à l'état métallique, il s'est combiné avec une partie d'iode en formant d'abord du proto-iodure, qui s'est dissout en allant au fond du flacon, de sorte que la partie supérieure de l'iode en révèle à peine l'existence.

Il n'en est pas ainsi, si le fer s'y trouvait oxydé. On le reconnaît dans tous les cas facilement en exposant l'iode à l'air. La couche supérieure de l'iode se volatilisant rapidement, rougit visiblement sur toute sa surface par l'oxyde, ou l'oxy-iodure rouge qui reste.

On se débarrasse, du reste, de ces métaux étrangers, soit en suivant le procédé de Baup, soit en calcinant avec de la potasse caustique.

Pour les doser en grand, il ne suffit ni de sublimer une petite portion, ni de la dissoudre dans de l'alcool, parce que le mélange est rarement homogène. Toutefois, ces preuves sont suffisantes pour une petite quantité.

Le moyen suivant mène au but et réussit bien. On prépare de l'iode bien mélangé, une portion d'un kilogramme d'iodure de potassium au moins, en suivant le procédé ordinaire avec la potasse caustique et le charbon végétal, en calcinant jusqu'à la fusion l'iodure formé, en le dissolvant ensuite dans de l'eau distillée.

Le charbon, qui ne se dissout pas, calciné de nouveau, doit être noir-grisâtre, s'il n'y a pas de mélange. Il est coloré par les oxydes métalliques qui pourraient s'y trouver. Le poids du charbon restant ne doit pas dépasser 1/23 ou 1/25 du poids du charbon employé. Ce qui dépasse ce poids peut être regardé comme matière étrangère. J'admets une fluctuation de 1/25 à 1/26, parce que le résultat peut

varier suivant la nature du bois employé à la préparation du charbon. Cette observation est le fruit de plusieurs expériences répétées à différentes reprises. 9000 grammes de charbon végétal consumés *ad hoc*, et réduits en cendres, fournissent le plus souvent 500 grammes de cendres, lesquelles perdent 110 grammes par le lavage à l'eau distillée.

Les deux écueils qu'il faut éviter dans la fabrication de l'iodure de potassium, sont :

1° Un grand excès d'alcali;

2° La présence de l'acide iodique.

Celui qui nous vient de la France pèche le plus souvent par le premier défaut; de beaux et grands cristaux cubiques s'obtiennent seulement dans un milieu contenant un excès d'alcali. — L'Allemagne, dont les meilleures Pharmacopées exigent la *stricte neutralité* de l'iodure de potassium, envoie à l'étranger également du sel avec excès d'alcali. — Celui qui nous arrive de l'Angleterre contient presque toujours de l'iodate de potasse.

On évite un excès d'alcali, en recristallisant une seconde fois le sel obtenu d'abord et en séchant sur du papier à filtrer, qui absorbe toute l'eau-mère; mais ici on doit sacrifier la forme à la bonté du médicament. Les cristaux sont rarement grands; on en obtient beaucoup de petits, qu'on ne saurait livrer au commerce en gros. Ils sont très-purs et agréables pour la vente de détail.

On évite la présence de l'iodate de potasse, en calcinant l'iodure jusqu'à la fusion complète. On enlève ensuite avec une cuiller en fer la masse fondue, qui se trouve au centre, pour la dissoudre séparément. On la couvre à cette fin dans une capsule en porcelaine avec de l'eau distillée, dont la quantité ne doit pas dépasser de beaucoup le poids de la masse. On renouvelle cette eau, après avoir filtré la première solution; mais on doit essayer avec de l'acide acétique étendu chaque portion à part. L'iodate, s'il en reste, se trouve toujours dans les dernières eaux de lavage, parce qu'il est moins soluble que l'iodure.

Si l'on oublie la précaution d'enlever le sel parfaitement fondu au rouge, et si l'on verse de l'eau dans le matras, dans lequel la fusion a eu lieu, on est certain d'avoir de l'iodate immédiatement. Le sel se trouvant aux bords, n'ayant pas subi une chaleur assez forte pour être converti en iodure, une petite portion d'iodate se dissoudra, se mêlera avec le sel du milieu, qui était parfait, le gâtera de nouveau et obligera de recommencer l'opération, ce qui est fort ennuyeux et occasionne une perte de temps.

Moyen chimique de distinguer le vrai quinquina royal du quinquina jaune et de toutes les autres espèces de quinquinas; par le même. — Il y a quelques années à peine que les écorces des quinquinas étaient d'un prix si bas, que le menu des serrons était employé par les négociants au lieu de fagots, pour alimenter le feu. Grâce au système de prohibition de sortie, que les pays de provenance de ces écorces précieuses ont adopté, pour ne pas voir détruits en quelques années les arbres dont les Européens, après avoir abusé de leurs victoires, sont devenus tributaires; grâce à l'emploi de plus en plus fréquent de la quinine, nous payons aujourd'hui à des prix fous, ce qu'on dédaignait autrefois.

Le quinquina royal, vrai Calysaya, se vend aujourd'hui 20 fr. le kilogramme; aussi la rivalité des consuls de ces pays devient de plus en plus menaçante pour le détaillant. Ce sont des capitaux très-puissants qui s'en disputent le monopole aujourd'hui. A la place de cette écorce si précieuse, on voit arriver une foule de nouveaux quinquinas, qui étaient autrefois à peine connus.

Le commerce sait rendre leur extérieur si séduisant, que le plus habile ne peut que s'y méprendre, et j'applaudis de tout mon cœur à ce que dit à cet égard M. A. Chevallier dans son *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires* : « Les quinquinalogistes sont souvent embarrassés pour se prononcer sur les quinquinas, à plus forte raison les pharmaciens. »

C'est une raison de plus de ne pas trop s'arrêter à ces magnifiques descriptions que nous possédons de chacune de ces écorces. On n'y voit pas plus clair que le botaniste qui commence à étudier les graminées dans les livres, qui traitent de la matière.

Heureusement la chimie nous vient en aide avec ses lois immuables, pour débrouiller ce qui ne paraît pas clair.

Nous savons que le vrai quinquina calysaya ne contient que de la quinine et pas de cinchonine. Nous savons de même que la quinine se dissout dans l'éther sulfurique, ce que ne fait pas la cinchonine. Or, toutes les espèces de quinquina, autres que le calysaya, contiennent, outre la quinine, de la cinchonine; nous avons donc un moyen tout prêt de distinguer le quinquina royal du quinquina jaune, qui

se vend de 6 à 8 fr. le kilogramme. Le voici : Prenez un gros de quinquina concassé, délayez-le dans une demi-once d'eau distillée, acidulée avec quelques gouttes d'acide sulfurique. Faites macérer pendant quelques heures.

Passez la solution au filtre. Ajoutez de l'ammoniaque à l'excès, puis un volume d'éther sulfurique. Laissez reposer un instant. Deux couches se formeront.

Si le quinquina est du vrai royal ou calysaya, la couche inférieure sera à peu près parfaitement limpide (parce que la quinine reste dissoute). Si l'on a affaire à toute autre espèce de quinquina, la couche inférieure sera troublée et laissera déposer quelques flocons de cinchonine.

Comme on le voit, c'est l'application du procédé employé généralement pour reconnaître la pureté de la quinine.

Ne faut-il pas s'étonner qu'aucun traité de pharmacologie n'ait songé à un moyen si simple?

Falsifications.

Remarques sur l'emploi de l'acide sulfurique comme moyen de reconnaître la présence de la salicine dans le sulfate de quinine ; par M. F. L. Acar, pharmacien, secrétaire de la Société de pharmacie d'Anvers.

La salicine fut à peine découverte que la fraude s'en empara pour la mélanger avec le sulfate de quinine. Les caractères physiques et chimiques de cette substance se prêtaient on ne peut mieux aux intentions des falsificateurs. Malheureusement pour eux, cette industrie si lucrative ne dura pas longtemps : la salicine ayant été soumise à un examen attentif, les chimistes ne tardèrent pas à reconnaître qu'elle jouissait d'une propriété particulière telle que sa présence devenait des plus faciles à constater, sa coloration en rouge de sang par l'acide sulfurique concentré. La découverte de cette réaction fut bientôt répandue et le commerce offrit dès lors moins de sulfate de quinine adultéré par ce corps étranger.

L'acide sulfurique devint donc le réactif par excellence pour déceler la salicine. Il restait encore à constater jusqu'à quel point ce réactif était sensible : la coloration en rouge s'arrêtait-elle à un mélange de 10 pour 100 du sulfate, ou pouvait-elle dépasser ce point ? Si l'on s'en rapporte à ce qui a été écrit à ce sujet par différents auteurs, cette réaction ne serait manifeste que dans les mélanges où la salicine se trouve en forte proportion, et elle perdrait par ce fait beaucoup de sa valeur.

M. A. Chevallier, en parlant du sulfate de quinine dans son *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales*, etc., dit que l'addition de l'acide sulfurique suffit pour produire dans un mélange à 1/100 une belle teinte rouge coquelicot; il ajoute en note : « D'après » M. Peltier, de Doué, l'acide sulfurique » ne donne un résultat concluant que » lorsque le sulfate de quinine ne contient » pas moins de 10 0/0 de salicine; en » dessous de cette quantité, on n'obtien» drait pas une coloration assez nette » pour s'assurer de sa présence, et pour » prononcer hardiment, il faudrait isoler » la salicine en se fondant sur son insolu» lubilité dans la solution acide de sulfate » de quinine.

» Ce fait n'a pas été confirmé par les » expériences de M. Verbert et de M. Acar. » Suivant ces chimistes, on peut facilement » reconnaître dans le sulfate de quinine » 1/100 de salicine par la coloration rouge » que donne l'acide sulfurique versé sur » le sulfate adultéré. Toutefois, pour que » l'essai réussisse, il faut placer la ma» tière dans un verre de montre, de ma» nière à ce qu'elle présente dans son » centre une légère concavité, et on laisse » en repos. »

Comme on le voit, le savant auteur du ce Dictionnaire cite les faits sans commentaire, laissant aux lecteurs le soin de s'assurer par eux-mêmes de quel côté est la vérité.

J'ai cru inutile de soulever, à l'époque de l'apparition de l'ouvrage de M. Chevallier, une question aussi facile à résoudre; si je m'en occupe aujourd'hui, c'est que j'y ai été porté par la lecture du *Cours de chimie générale*, récemment publié par MM. J. Pelouze et Fremy (édition de 1850). On lit à la 215e page, 3e volume de cet ouvrage : « La salicine se colore en rouge » lorsqu'on la chauffe légèrement avec de » l'acide sulfurique concentré. Si la pro» portion est considérable dans le sulfate » de quinine, on peut mettre à profit » cette propriété pour reconnaître sa pré» sence; mais lorsque cette proportion » n'excède pas 10 pour 100, il vaut mieux » dissoudre le mélange dans six fois son » poids d'acide sulfurique concentré, et » ajouter douze parties d'eau qui détermi» nent la précipitation de la salicine. »

On peut conclure de ce passage que la coloration en rouge par la simple addition de l'acide sulfurique à la matière adultérée,

n'a lieu que lorsqu'elle renferme au moins 10 pour 100 de salicine, et que par conséquent ce mode d'essai laisse beaucoup à désirer. M. Verbert ayant fait connaître, en 1845, un procédé au moyen duquel on peut facilement reconnaître 1 pour 100 de salicine dans le sulfate de quinine, procédé rapporté dans mon *Traité des falsifications des substances médicamenteuses, etc.*, je n'ai pu résister au désir de reprendre les expériences que j'ai faites à ce sujet en 1848.

Expériences. — Mélange par trituration de 0,01 de salicine et de 1,00 de sulfate de quinine, placé dans un verre de montre : coloration en rouge de sang par l'addition de trois ou quatre gouttes d'acide sulfurique concentré versées dans une légère dépression centrale du mélange.

Même opération avec 0,01 de salicine et 2,00, 5,00 et 10,00 de sulfate de quinine : ces divers mélanges se sont également colorés en rouge vif ; le dernier à 1/1000 était lui-même d'un rouge très-prononcé.

Ces colorations se produisent en moins de dix minutes; elles sont beaucoup accélérées si l'on favorise le contact de l'acide avec la poudre par un mouvement rotatoire imprimé au verre, tout en laissant à l'acide sa forme sphérique.

Il résulte donc de ces expériences, que l'on peut reconnaître non-seulement 10 pour 100 de salicine dans le sulfate de quinine, mais même 1/1000.

Je me suis arrêté à cette dernière épreuve. Nul doute que la sensibilité de l'acide sulfurique sur la salicine ne s'étende encore au-delà de ce point. Si j'ai signalé en 1848, que l'on pouvait facilement reconnaître par ce réactif 1 pour 100 de salicine, c'est que je pensais que cet essai était suffisant, car il est peu probable que la fraude s'exerce en dessous de cette proportion.

Je terminerai ces observations en engageant mes collègues à répéter ces essais. On comprend qu'il ne faut pas tout accepter sans contrôle, et que dans maintes circonstances il est prudent de se livrer soi-même à un examen attentif et de ne s'en rapporter qu'à ses propres expériences.

(*Archives belg. de méd. militaire.*)

Pharmacie.

Note sur la préparation des huiles et graisses médicinales; par M. LHERMITE.

Il est un certain nombre de médicaments officinaux ayant pour excipient un corps gras et des matières végétales pour agents thérapeutiques, que le Codex conservateur fait préparer au moyen de plantes vertes. Nul doute que ce ne soit par respect pour la tradition, car ce procédé réunit toutes les conditions défavorables. La matière grasse, exposée à l'action simultanée d'une chaleur de 100° au minimum et d'un courant de vapeur d'eau, n'a, pendant plusieurs heures, d'autre emploi que de s'altérer; car les herbes ne s'en laissent imprégner qu'après avoir perdu toute leur eau. Ces herbes elles-mêmes ne sauraient impunément subir l'influence des deux agents précités : la coagulation de l'albumine (phénomène le plus facile à prévoir) n'a-t-elle point, en tout cas, pour conséquence la dissimulation partielle des matériaux qu'enveloppe cette substance concrétée et leur soustraction à l'action des corps gras?

Il y a dans l'opération deux phases bien distinctes : une dessiccation des plantes au sein du corps gras échauffé suivie d'une digestion des herbes desséchées dans le liquide même : c'est seulement dans cette seconde période que l'huile exerce une action véritablement efficace. La première peut être avantageusement remplacée par une dessiccation des plantes à l'air libre où elles conservent mieux leurs propriétés, et l'on n'a pas besoin de faire subir à la matière grasse un échauffement préjudiciable et d'ailleurs superflu.

L'an dernier j'ai fait du baume tranquille, de l'onguent populéum et des huiles de jusquiame, de belladone, de stramoine, de ciguë, comparativement avec des plantes vertes et au moyen d'herbes sèches. Je ne prenais de celles-ci que les quantités fournies à la dessiccation par les poids employés des premières, afin d'avoir de part et d'autre la même quantité de substance réelle. Les plantes sèches m'ont toujours donné un produit bien supérieur; autant que l'œil, notre seul guide ici, en peut juger. Il n'est point d'ailleurs irrationnel de conclure, dans de certaines limites, de la conservation de la couleur à celle d'autres principes organiques.

Ayant eu, cette année, l'occasion de répéter mes expériences et étant arrivé aux mêmes résultats, je n'hésite pas à proposer de renoncer, sauf l'autorisation du Codex, au mode opératoire qu'il prescrit.

Le commerce de l'herboristerie fournit rarement les plantes dans l'état le plus convenable à ces préparations : il faut faire sécher soi-même, au séchoir, les herbes qu'on y destine. Il convient encore, avant de les plonger dans l'huile ou la graisse, de les mettre pendant une heure à l'étuve

modérément chauffée. Elles y deviennent tellement cassantes qu'il suffit de les froisser dans les mains pour les réduire en poudre grossière qui s'imbibe aussitôt. On expose le mélange à la chaleur du bain-marie et l'on ne tarde pas à voir le liquide verdir.

Après une heure ou deux, suivant la masse sur laquelle on agit, le corps gras a cessé de se colorer et l'on peut arrêter cette partie de l'opération.

Si l'on avait, comme dans la préparation du baume tranquille, un nouveau contact à opérer, il serait bon d'exposer pendant quelques instants les nouvelles plantes à la chaleur de l'étuve, afin de leur faire perdre un reste d'humidité que le peu d'élévation de la température de l'huile ne suffirait pas à dissiper. Dans le mode ordinaire de préparation, l'huile est au contraire toujours assez chaude pour rendre inutile la dessiccation préalable que nous recommandons.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

De la préparation de l'huile de morphine; par M. SAINT-LAGER. — L'huile de morphine se prépare habituellement en dissolvant l'acétate de morphine dans une petite quantité d'eau qu'on ajoute à l'huile. Or qu'arrive-t-il?

Le sel de morphine ne se dissout pas dans l'huile et gagne le fond du flacon. L'agitation du mélange ne peut donner qu'un médicament inconstant dans sa composition. Quant aux effets thérapeutiques, je ferai remarquer qu'un liquide aqueux et un liquide huileux ne peuvent filtrer en même temps à travers une membrane; d'où il résulte que, lors de l'application du médicament sur la peau, l'huile seule est susceptible d'être absorbée.

Pour obtenir une absorption intégrale il faudrait que le sel morphique, au lieu d'être en suspension dans l'huile, s'y trouvât dissous.

C'est pour arriver à ce résultat que je propose de préparer l'huile de morphine de la manière suivante :

Au lieu d'acétate de morphine, j'emploie la morphine pure, que je dissous dans une petite quantité de chloroforme; j'ajoute alors la dose d'huile prescrite et j'obtiens une solution complète, d'une composition parfaitement homogène.

Si la quantité de chloroforme nécessaire n'était pas aussi minime, je dirais que ses propriétés sédatives s'ajoutant à celles de la morphine, on aurait un médicament plus actif. (*Ibid.*)

Pilules contre la goutte, le rhumatisme et les névralgies. — Les formules de pilules qui ont été préparées pour combattre les affections goutteuses et rhumatismales, etc., sont nombreuses; toutes ont été vantées par leurs auteurs, et toutes ont été successivement abandonnées. La formule que nous signalons aura-t-elle le même sort? Nous l'ignorons. Dans tous les cas, voici cette formule :

Pr. Extrait alcooliq. de cévadille, 1 gram.
Aloès des Barbades, 5 —
Scammonée d'Alep, 5 —
Faites 100 pilules.

M. le docteur Gaffard, auteur de cette formule, fait prendre deux de ces pilules toutes les heures, jusqu'à ce qu'elles aient produit un effet purgatif prononcé, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'on ait obtenu 4, 5, 8 ou 10 selles dans les vingt-quatre heures. L'action purgative de ces pilules étant en raison directe du nombre des pilules administrées, M. Gaffard pense qu'il est nécessaire de régulariser leur effet et de le rendre uniforme. Il recommande, pour atteindre ce but, de mettre entre les prises des intervalles graduellement croissants, et fixe à trois heures la raison arithmétique de cet accroissement. Ainsi, après avoir obtenu l'effet désirable, à quelque nombre qu'on soit arrivé, on retarde la prise suivante de trois heures, c'est-à-dire, qu'au lieu de six heures d'intervalle on en mettra neuf; à la prise suivante, on en mettra douze; à la suivante quinze, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait pris une vingtaine de pilules, nombre ordinairement suffisant.

On boit, pour faciliter la déglutition et la digestion de ces pilules, une tasse d'infusion chaude et légère de tilleul, de sureau ou de thé. Ce liquide chaud constitue la boisson ordinaire du malade pendant l'effet purgatif.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Toxicologie.

Sur l'hypochlorite de magnésie, comme antidote du phosphore; par M. BÉCHERT. — Depuis que la pâte phosphorée qui sert aujourd'hui à la destruction des rats, s'est répandue en grande quantité dans le commerce, les accidents que produit l'emploi ou le maniement du phosphore sont devenus eux-mêmes plus fréquents et plus redoutables; on ne saurait donc accueillir avec trop d'empressement un antidote qui

aurait vraiment la propriété de combattre les effets toxiques de cette dangereuse substance.

Déjà M. Orfila a conseillé l'emploi de la magnésie calcinée. Partant de ce point que le phosphore n'a d'action délétère sur nos organes qu'en raison de l'oxygène qu'il absorbe et des acides qu'il forme, il assimilait son action sur l'économie à celles qu'y produisent les acides eux-mêmes, et le combattait par conséquent par les mêmes moyens. Cependant la magnésie calcinée, essayée depuis dans plusieurs circonstances et par des expérimentateurs dignes de foi, s'est trouvée complétement insuffisante, ce qui tient sans doute à ce que l'action du phosphore est plus compliquée que ne l'avait pensé M. Orfila, et à ce que la magnésie ne détruit qu'une portion de ses effets.

Quoi qu'il en soit, l'un des expérimentateurs dont nous venons de parler, M. Duflos, a reconnu qu'on pouvait compléter l'action de la magnésie par l'emploi simultané de l'eau chlorée, et sans chercher à expliquer l'action de cette eau chlorée, sans citer non plus le détail des expériences où elle avait réussi, il l'a conseillée néanmoins à tous ceux qui pourraient avoir à combattre les effets du phosphore.

L'emploi simultané de la magnésie et de l'eau chlorée revient à celui de l'hypochlorite de magnésie : on peut donc espérer obtenir de bons résultats par l'emploi de ce sel. C'est ce que vient de faire M. Béchert, et les expériences auxquelles il s'est livré sur l'hypochlorite de magnésie, ne laissent aucun doute sur sa valeur comme antidote du phosphore. Ayant administré un gramme de phosphore à deux lapins également valides et également bien constitués, il a fait prendre à l'un d'eux seulement, au bout de quelques instants, une certaine quantité d'hypochlorite de magnésie, mêlée à un excès de magnésie. Or, celui des deux lapins qui n'avait pas pris l'antidote, est mort en très-peu d'heures, en éprouvant tous les symptômes d'empoisonnement par le phosphore ; l'autre, au contraire, n'a paru éprouver aucun effet fâcheux de son administration.

Pour se rendre compte de la manière dont agit l'hypochlorite de magnésie en pareil cas, il faut comprendre comme M. Béchert, que l'action délétère du phosphore ne tient pas seulement à l'absorption de l'oxygène et à la formation d'acide phosphorique, mais qu'elle tient encore et surtout à l'absorption de l'hydrogène et à la formation d'hydrogène phosphoré. La magnésie est propre à neutraliser le premier effet seulement ; le chlore ou l'acide hypochloreux annule et détruit le second.

La théorie marche d'ailleurs en parfait accord avec l'expérience, car lorsqu'on fait réagir l'un sur l'autre, l'hypochlorite de magnésie et l'hydrogène phosphoré en présence d'un excès de magnésie, on observe une décomposition réciproque dont les seuls produits sont du phosphate et de l'hydrochlorate de magnésie. L'équation suivante montre parfaitement cette réaction :

$$3MgO + PH^3 + 4(MgOClO) = 3(MgOPO^5) + 3HO + 4MgCl.$$

(*Ibid.*)

SUR L'EMPLOI DU MOLYBDATE D'AMMONIAQUE POUR DÉCOUVRIR L'ARSENIC DANS LES RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES ; par M. H. STRUVE. — En 1848, MM. Svanberg et Struve ont recommandé l'emploi du molybdate d'ammoniaque, comme réactif de l'acide phosphorique. Bientôt après, M. H. Rose a démontré que l'acide arsénique se comportait, avec le molybdate d'ammoniaque comme l'acide phosphorique lui-même ; et M. Struve propose aujourd'hui d'utiliser cette réaction, soit pour découvrir la nature des taches que donne l'appareil de Marsh, soit pour isoler l'arsenic sous la forme d'une combinaison qu'on peut ensuite essayer à l'appareil de Marsh. Voici la réaction dont il s'agit :

Lorsqu'on mélange une solution d'acide arsénieux avec un grand excès d'une solution de molybdate d'ammoniaque et qu'on chauffe, il se forme un précipité jaune cristallin. Ce précipité qui apparaît sous le microscope sous la forme de dodécaèdres très-réguliers, est insoluble dans les acides et dans les solutions salines. L'acide sulfurique concentré est sans action sur cette combinaison à la température ordinaire ; à chaud, il la dissout en formant un liquide incolore qui peut être étendu d'eau sans se troubler.

Ce précipité est formé par du quintimolybdate d'oxyde d'ammonium renfermant environ 7 pour 100 d'acide arsénique. Lorsqu'on le chauffe à l'état sec dans un tube bouché, il se décompose en dégageant de l'eau et de l'ammoniaque, en même temps qu'il se sublime de l'acide arsénieux et qu'il reste de l'oxyde de molybdène. Chauffé avec du charbon, il laisse sublimer de l'arsenic métallique, caractère qui permet de démontrer très-facilement la présence de ce métal.

Introduit dans un appareil de Marsh, le sel jaune ne donne lieu qu'au bout de quelque temps, à un dégagement d'hydrogène arséniqué. Pour que la formation et

le dégagement de ce gaz se fassent immédiatement, il faut préalablement détruire la combinaison insoluble. Il est facile d'arriver à ce résultat, soit en employant un alcali comme l'ammoniaque, soit en faisant chauffer la combinaison avec de l'acide sulfurique concentré.

Cela étant posé, voici comment on peut appliquer les faits précédemment exposés à la recherche de l'arsenic.

Supposons d'abord qu'il s'agisse de déterminer la nature des taches obtenues à l'aide de l'appareil de Marsh : on dissout les taches à chaud dans une petite quantité d'acide nitrique concentré, on introduit la solution délayée de quelques gouttes d'eau dans un tube bouché. Après y avoir ajouté un grand excès d'une solution de molybdate d'ammoniaque dans l'acide nitrique, on chauffe jusqu'à l'ébullition. Dans le cas où la tache était formée par de l'arsenic, il se forme soit immédiatement, soit au bout de quelque temps, un précipité jaune. On accélère la formation du précipité en exposant pendant quelque temps le tube à la chaleur d'un bain de sable. — D'après l'auteur, la sensibilité de ce procédé est telle, qu'on obtient, au bout de quelque temps, un précipité sensible dans une liqueur renfermant 1/30000 d'acide arsénique. S'agit-il de découvrir la présence de l'arsenic dans des métaux, comme par exemple, l'antimoine, l'étain ou le zinc, il suffit de traiter par l'acide nitrique concentré une petite quantité du métal à analyser, de séparer par le filtre l'oxyde formé, et d'essayer la liqueur filtrée. L'auteur a découvert de cette manière 1/1000 d'arsenic dans l'étain.

Voici maintenant comment M. Struve conseille d'appliquer la nouvelle méthode dans les recherches médico-légales où il s'agit de découvrir la présence de l'arsenic. On traite les matières suspectes par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse, jusqu'à ce que la plus grande partie des matières organiques ait été détruite et que la liqueur ait pris une teinte d'un brun clair. On évapore ensuite pour chasser l'excès d'acide, on ajoute de l'eau et l'on filtre. La solution claire est évaporée de nouveau et mélangée après le refroidissement avec un excès d'une dissolution de molybdate d'ammoniaque dans l'acide nitrique. Il se forme instantanément un précipité jaune. Si une nouvelle addition de réactif ne détermine plus de précipité, on recueille sur un filtre celui qui s'est formé ; on le lave avec de l'eau chargée d'acide nitrique : c'est le précipité A. La liqueur filtrée et les eaux de lavage sont soumises à l'ébullition et abandonnées pendant quelque temps à la chaleur d'un bain de sable. Bientôt l'action de la chaleur détermine la formation d'un nouveau précipité B, qu'on recueille comme le précédent.

Le précipité A qui s'est formé à la température ordinaire, ne renferme que du phospho-molybdate d'ammoniaque et ne contient aucune trace d'arsenic, *si l'on a eu soin d'opérer à froid*. L'acide phosphorique contenu dans ce précipité, provient des matières organiques. Au surplus, on peut introduire ce précipité dans l'appareil de Marsh, pour s'assurer de l'absence de l'arsenic.

Le précipité B renferme essentiellement de l'arsénio-molybdate d'ammoniaque, indépendamment d'une petite quantité de phospho-molybdate ammonique. Une portion de ce précipité est dissoute dans l'ammoniaque et essayée dans l'appareil de Marsh. Les taches que l'on obtient ne peuvent être formées que par l'arsenic. Pour démontrer la sensibilité du procédé, qui vient d'être décrit, l'auteur a fait l'expérience suivante :

Un œuf de poule du poids de 45 grammes a été cassé et le contenu a été battu avec 0gr.,01 d'acide arsénieux. Traité à l'aide de la méthode précédemment décrite, il a fourni un précipité B dans lequel on a pu découvrir de l'arsenic avec la plus grande facilité. Dans le précipité A, on n'en a pas trouvé une trace. L'opération n'a duré que vingt heures.

(*Ibid.*)

Médecine légale.

Considérations médico-légales sur deux cas assez rares d'aberration mentale ; par M. A. TOULMOUCHE, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine de Rennes, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

Les deux cas que je vais relater ne s'étant pas présentés, que je sache, dans la science, ou, s'il en existe d'analogues, ceux-ci n'ayant dû s'offrir que bien rarement, j'ai pensé qu'il serait intéressant de les faire connaître à ceux qui veulent trouver dans la méditation des travaux publiés dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, des sujets de réflexion et d'étude. Car c'est surtout dans un semblable recueil que doivent être consignés les exemples qui, par leur rareté et leur obscurité, sont propres à induire en erreur les meilleurs observateurs. J'ai rapproché

avec d'autant plus d'opportunité ces deux faits exceptionnels, qu'ils ont plus d'un point de ressemblance l'un avec l'autre, comme on en pourra juger. En effet, ils offrent un double intérêt, le premier par rapport à deux variétés rares d'aberration mentale, et le second sous celui de la multiplicité de lésions externes superficielles de la peau ayant entraîné des conséquences bien différentes, puisque, dans l'un des cas où elles furent faites avec un instrument tranchant, chez un sujet adulte, elles ne furent suivies d'aucun accident, tandis que dans l'autre, où elles furent exécutées sur un enfant très-jeune, à l'aide de corps contondants irréguliers, elles finirent par déterminer la mort, en vertu de leur longue durée, de leur réitération et d'une moindre résistance vitale.

Les réflexions dont j'accompagnerai chacun de ces faits serviront à faire ressortir ce qu'ils ont d'important par eux-mêmes, les conséquences qu'on en peut déduire pour la pratique de l'art, et les causes d'erreurs dont ils pourraient devenir l'origine. Je tâcherai de les rapporter de la manière la plus concise, en en élaguant une foule de détails minutieux de mensuration, obligatoires pour le médecin expert appelé à déposer devant les cours d'assises, mais nullement pour celui qui écrit, lequel ne doit leur conserver qu'une physionomie purement scientifique, autant que cela lui est possible.

Dans les sciences pratiques ou d'observation, ce ne sont pas les cas ordinaires qui embarrassent, mais ceux insolites ou rares qui viennent dérouter non-seulement l'observateur vulgaire, mais encore celui qui a acquis une longue expérience, et cela d'autant plus facilement que le plus d'assurance ou de confiance du dernier en celle-ci l'expose davantage à se tromper.

OBSERVATION Ire. — *Singulière aberration mentale chez une fille ascétique et hystérique, l'ayant portée à se pratiquer des incisions superficielles multipliées sur toute la surface du corps et à simuler des tentatives de viol.*

Le dimanche 5 janvier 1840, vers quatre heures de l'après-midi, à l'instant précis où finissaient les vêpres, Marie V..., âgée de vingt-trois ans, domiciliée au village de P..., en la commune de..., vint tomber dans un état apparent d'évanouissement, à quelques pas de la maison de son oncle, instituteur communal, à l'entrée d'un champ que borde un chemin servant de passage habituel. Ses deux poignets étaient attachés séparément par un même petit lien en filet. Son propre mouchoir était légèrement noué sur sa bouche, son capot seulement ramené sur la partie supérieure de la figure. Les deux pattes en étaient réunies au moyen de deux épingles devant les yeux, mais de manière cependant à laisser libre un intervalle suffisant pour permettre l'usage de la vue. Les vêtements n'étaient souillés de boue que dans leur partie inférieure, et sa camisole était lacée.

Transportée chez son oncle, elle parut ne reprendre connaissance que plusieurs heures plus tard. Elle raconta aussitôt qu'à un kilomètre environ du village de P..., où elle se rendait, quatre jeunes gens, dont elle fournit le signalement minutieux et dépeignit les longues barbes et les cheveux flottants chez trois d'entre eux, l'avaient attaquée dans la fourrière d'un champ qu'elle suivait, lui avaient fait des propositions aussitôt rejetées; que pour vaincre sa résistance, ils lui avaient bâillonné la bouche avec son propre mouchoir, lui avaient mis la poitrine à nu, lui avaient lié les bras avec ses jarretières, avaient tenté, mais inutilement, de la violer; lui avaient fait sur la figure, sur les bras, la poitrine et sur plusieurs autres parties du corps, des incisions avec un instrument qu'elle avait aperçu dès le commencement de l'attaque entre les mains de l'un de ses agresseurs, et qui présentait trois pointes ou trois lames; qu'elle avait donné un coup d'un crucifix de métal dont elle était munie sur la figure de cet individu et lui avait même ainsi fait une légère blessure; qu'au son des cloches et au bruit peu éloigné de coups de fouet, ceux qui l'avaient attaquée avaient pris la fuite, mais après lui avoir attaché son capot sur les yeux, après lui avoir porté plusieurs coups de pied et de poing sur la poitrine et sur les côtes, et après avoir réparé un peu le désordre de ses vêtements; que se guidant à l'aide des yeux dont elle avait conservé l'usage, elle avait pu se diriger à travers champs vers la maison de son oncle, mais qu'à l'entrée de celui où elle fut plus tard relevée, ses forces l'avaient entièrement abandonnée.

La justice ne fut informée de cet événement que le 7 janvier au matin; elle se transporta sans délai au bourg de P.... Je fus chargé, avec mon collègue V. Guyot, de procéder à la visite de la fille Marie V..., et voici ce que j'observai :

1° *Visage.* — On remarquait sur la joue gauche six incisions linéaires très-fines et très-superficielles de la peau, commençant sur la pommette et se portant en divergeant vers la commissure correspondante

des lèvres. Ces lignes, dont les deux plus externes étaient parallèles, ne présentaient point d'intersection.

Sur la joue droite, en avant et vis-à-vis l'os malaire, il y avait trois incisions semblables, dirigées de dedans en dehors et de haut en bas, et légèrement convergentes inférieurement.

On trouvait sur la partie gauche et moyenne du nez une petite excoriation oblique, très-superficielle, et au-dessous du menton deux autres semblables.

Parallèlement à la mâchoire inférieure, on voyait trois incisions linéaires se réunir et se terminer vers le tiers antérieur de l'os maxillaire. Elles étaient croisées obliquement de haut en bas et de dehors en dedans par cinq lignes identiques verticales, avec lesquelles elles formaient des losanges.

Près de la commissure droite de la bouche existait une petite excoriation horizontale; sur la partie droite de la houppe du menton, deux incisions linéaires presque verticales, mais cependant dirigées un peu obliquement de dedans en dehors; plus en dedans, une autre formant avec elles un angle aigu. La longueur de toutes ces blessures superficielles variait de 1 centimètre 1/2 à 3 et même 5.

2° *Poitrine*. — On remarquait au-dessus du sein gauche deux incisions obliques de haut en bas et de dehors en dedans, dont l'externe était un peu plus profonde que l'autre, et se terminant à 6 centimètres du mamelon. Deux autres traversaient la première obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, tandis qu'une troisième se montrait transversale au-dessus des précédentes qui variaient en longueur de 4 à 6 et même 10 centimètres.

A la partie interne du même sein, on découvrait trois petites incisions linéaires légères, dont l'une faisait suite à une plus grande, et entre celui-ci et le droit, quatre autres, tandis que sur le dernier, on en notait également deux ou trois autres petites convergeant les unes vers les autres.

3° *Ventre*. — On apercevait sur son côté droit, six petites incisions linéaires, parallèles, verticales; plus en dehors, trois autres transversales, pouvant avoir de 6 à 10 centimètres de longueur, et deux autres situées en dehors de la hanche droite, de 15 à 25; tandis que sur la fesse du même côté, il en existait deux autres un peu plus longues, éraillées et ayant la même direction que les précédentes, de même que plus en arrière, un peu au-dessus du sommet de sa fente.

On découvrait encore vis-à-vis le milieu du dos une éraillure linéaire, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et une seconde transversale recourbée en forme de C ouvert, et au-dessus deux autres; enfin, au-dessous de l'interstice des fesses, deux érosions linéaires dont l'externe courbe en dehors, était séparée par des intersections suivant la longueur. Sur la hanche gauche, on comptait six à sept éraillures linéaires, superficielles, se croisant obliquement les unes les autres, et au-dessus du mont de Vénus une autre moins étendue.

La longueur de toutes ces entailles variait de 4 à 6 centimètres à 15 ou 16.

4° *Parties génitales*. — On n'observait aucune trace de contusions ni à l'extérieur des organes sexuels, ni aux aines, ni au pénil, ni à la partie antérieure et interne des cuisses qui étaient fermes et potelées. En écartant les grandes lèvres, on remarquait de chaque côté, à leur partie supérieure et interne, une excoriation plus forte à droite qu'à gauche, de forme ronde, rouge, enflammée au pourtour; et sur les côtés du clitoris, une petite éraillure superficielle, analogue à un coup d'ongle. Toute la muqueuse du reste de la face interne de la vulve était rosée. L'entrée du vagin n'offrait pas de membrane hymen. Le doigt pouvait y être introduit sans difficulté. Cependant ce canal était assez étroit et mouillé par une petite quantité de mucus blanchâtre (flueurs blanches).

5° *Membres*. — On remarquait sur le dos de la main droite et le poignet quatre incisions linéaires, et en outre, deux petites excoriations transversales, et au pli du bras une cicatrice ovale-allongée, reposant sur une petite tumeur inflammatoire, arrondie, recouverte encore d'une croûte blanchâtre, verticale, longue de 5 millimètres.

Sur le dos de la main gauche et la partie inférieure de l'avant-bras correspondant, existaient neuf incisions linéaires, dirigées de haut en bas, divergentes inférieurement, et sur la face postérieure du dernier une autre plus marquée, en même temps que sur son tiers antérieur et inférieur on en découvrait cinq autres moins longues.

Au pli du bras du même côté, vis-à-vis la partie inférieure de la veine médiane basilique, on constatait l'existence d'une cicatrice d'une petite incision verticale.

Sur les membres abdominaux, on notait, à la partie antérieure de la cuisse droite et au-dessus de la rotule, quatre incisions linéaires, trois autres en dedans du genou, de même que le long de sa

partie externe, parallèles et longues de 3 à 5 centimètres.

A la partie interne du mollet du même côté, existaient trois éraillures superficielles, analogues aux précédentes.

Sur la cuisse gauche, on voyait, en dedans, en avant et au-dessus de la rotule, quatre incisions un peu plus profondes que les autres et encore recouvertes d'une petite croûte; et en dedans du genou, quatre nouvelles légèrement courbes, parallèles, se dirigeant vers la tubérosité du tibia.

Sur la partie externe de la moitié supérieure de la jambe correspondante, on apercevait quatre éraillures parallèles, légèrement obliques de haut en bas et de dedans en dehors, plus rouges, offrant, les trois premières, une interruption à l'endroit déprimé qui répond à la jarretière.

L'aspect général de ces lésions était celui de lignes rouges, sans inflammation des parties contiguës, et de la longueur de 2 centimètres 1/2 à 6 ou 8.

Conclusions. — De l'examen précédent je conclus :

1° Que les incisions linéaires superficielles si nombreuses, observées sur les diverses parties du corps de la fille Marie V..., avaient été faites par le même instrument, lequel devait être très-pointu, tranchant et à une seule lame, tel qu'un canif ou la branche la plus aiguë des lames d'une paire de ciseaux, ou enfin la pointe d'un couteau;

2° Que ce corps vulnérant avait dû être promené avec beaucoup de légèreté sur les parties blessées, et que, pendant ce temps, la patiente devait n'avoir exécuté aucun mouvement : car, dans le cas contraire, les incisions auraient été inégales et de profondeur variable ;

3° Que ces blessures n'avaient pu être faites à travers les vêtements, sans que ces derniers eussent été coupés par l'instrument;

4° Que d'après la forme, le siége, le nombre et la régularité des incisions remarquées sur cette fille, il aurait fallu, pour les pratiquer, qu'elle eût été pour ainsi dire nue, et qu'en outre, la considération qu'elles auraient exigé un temps très-long pour les exécuter, qu'elles avaient été rencontrées à la partie postérieure de son corps, quoiqu'elle eût déclaré que les personnes qui l'avaient attaquée, l'avaient toujours tenue renversée sur un côté et sur le dos, me portait à croire que ces lésions n'avaient probablement pas été le fait d'une main étrangère, puisqu'il aurait fallu pour cela que la patiente eût été alternativement couchée sur le dos, sur l'un et l'autre côté et même sur le ventre;

5° Que des deux blessures plus profondes existant au pli du bras, celle du droit paraissait avoir été pratiquée par un instrument à lame plate et pointue, lequel aurait pénétré à la profondeur de 4 millimètres, et celle du gauche, par un semblable, mais plus épais et légèrement triangulaire; qu'en outre, elles devaient remonter à cinq ou six jours, comme le prouvait l'état de dessiccation des croûtes qui les recouvraient, le peu d'inflammation et de douleur de leur pourtour, la couleur de la peau, et qu'enfin ces deux plaies, vu leur profondeur, avaient dû occasionner l'écoulement d'une certaine quantité de sang au moment où elles avaient été faites;

6° Que les incisions si superficielles de la face, de la poitrine, du ventre, des aines et des fesses, avaient à peine dû fournir un peu de sang, tandis que celles remarquées sur le genou et la jambe gauches avaient dû en donner un peu plus.

L'examen des vêtements de la fille Marie V..., auquel je procédai le lendemain, me fit voir : 1° Que la coiffe qui recouvrait la tête n'était nullement chiffonnée, et que la cape qui l'enveloppait offrait à peine, en arrière, quelques légères traces de boue; 2° que le mouchoir de cou ne présentait aucune déchirure ou coupure correspondant aux incisions découvertes sur la poitrine; 3° que le tablier porté était taché de boue à la hauteur des genoux et au-dessous, mais nullement troué par un instrument piquant ou tranchant ; 4° que le jupon n'était boueux qu'à son bord inférieur, ce qui dépendait de la marche, et nullement à sa partie postérieure, comme cela aurait dû avoir lieu, si cette fille eût été renversée et maintenue sur le dos par un ou plusieurs individus; 5° qu'il existait, à la partie inférieure mais interne du même vêtement, deux ou trois taches de sang qui avaient dû provenir des incisions linéaires du genou et de la jambe gauche; 6° que les bas n'étaient ni coupés, ni percés, et que dès lors il avait fallu les ôter pour faire les coupures des jambes; 7° que la chemise était intacte, excepté dans un point où elle offrait une trouure faite par les souris, qu'elle n'était un peu souillée de sang qu'inférieurement et à gauche, et que dès lors les blessures n'avaient pas été faites à travers les vêtements, puisqu'ils avaient été trouvés intacts.

Je n'observai rien sur ces derniers qui ressemblât à des taches de sperme. En outre, il me fut présenté deux filets, dont

l'un offrait, à l'une de ses extrémités, un nœud multiple ayant trois bouts, et à l'autre qui avait été coupée en biseau et en la pliant suivant sa longueur, plusieurs marques de sang ; tandis que l'autre lien, long de 36 centimètres, présentait un nœud à six de l'une de ses extrémités, laquelle était coupée irrégulièrement et s'adaptait parfaitement à celle sans nœud du premier filet. Je conclus : 1° Que l'un et l'autre n'avaient été appliqués sur les poignets qu'après les incisions légères faites à ces derniers ; 2° que la fille Marie V... n'avait pas dû chercher à s'en débarrasser, puisqu'ils n'étaient pas rompus, mais qu'ils avaient été coupés avec un instrument tranchant.

Pour connaître à l'aide de quel instrument la plaignante avait pu se faire les blessures multipliées observées sur son corps, je m'en pratiquai de semblables sur chaque avant-bras, mais avec deux instruments différents. Ainsi, pour le gauche, je me servis de la pointe d'une épingle de la nature de celles qu'emploient les filles de la campagne. Les incisions qui en résultèrent étaient inégales, éraillées, formées d'une suite de petites égratignures opérées par une succession de petites déchirures, mais non linéaires et nettes comme les incisions notées sur le corps de la fille Marie V... En effet, elles étaient entourées d'une rougeur vive assez étendue, à cause de leur rapprochement et de leur multiplicité. Elles furent promptement suivies d'une douleur vive et d'une sensibilité telle que le moindre frottement de ma chemise était très-pénible. Cette espèce d'inflammation érysipélateuse persistait le lendemain, mais avec moins de douleur, et ne se dissipa que le troisième jour. Je pus déjà conclure de l'observation des phénomènes précédents, que cette fille ne s'était point servie d'épingles pour se faire les incisions remarquées sur elle.

Pour le côté droit, j'usai de la pointe de ciseaux identiques avec ceux trouvés dans la poche de Marie V... : il en résulta des incisions éraillées, inégales, sans netteté et entièrement analogues à celles que je m'étais faites avec la pointe d'une épingle ; seulement elles étaient un peu plus larges et plus marquées. Il s'ensuivit la même inflammation ou rougeur vive au pourtour de chacune, et les mêmes suites que dans celles exécutées à l'aide d'une épingle, et une diminution graduelle de la phlegmasie seulement le surlendemain, et sa cessation complète les jours suivants. Ainsi, encore dans cette expérience, les résultats donnaient la certitude que cette fille ne s'était pas servie de la pointe de ses ciseaux pour se stigmatiser le corps comme elle l'avait fait.

Malgré les interrogatoires auxquels M. le juge d'instruction soumit Marie V..., elle n'en persista pas moins à soutenir son rôle ; aussi le 15 janvier, sur la déclaration qu'elle était fort mal, m'envoya-t-il une commission rogatoire, pour que j'eusse à me transporter de nouveau, avec mon collègue Guyot, près d'elle. Je le fis et conclus, de l'examen auquel je m'étais livré, que la prévenue jouissait d'une santé à peu près parfaite. Seulement je constatai l'existence de taches de sang répondant au milieu de la manche de la camisole qu'elle portait ce jour-là, ou vis-à-vis le pli du coude gauche, lesquelles avaient été probablement produites par la petite plaie rencontrée dans cette région.

L'opinion que j'émis, et la connaissance bientôt acquise que la fille V... avait eu de fréquentes atteintes d'affection hystérique, de somnambulisme, de visions ascétiques, qu'elle n'ignorait aucune des rumeurs publiques, sans fondement, qui établissaient que plusieurs jeunes personnes avaient été attaquées et même déchiquetées (c'était l'expression vulgaire admise) par des jeunes gens bien vêtus ; l'absence de toute contusion soit à la poitrine, soit aux côtés, soit même aux poignets ; l'impossibilité de découvrir aucune trace de la présence des quatre individus signalés, soit dans la commune, soit dans celles circonvoisines, malgré des investigations multipliées ; la découverte, dans les poches de Marie V..., de plusieurs petits objets mobiles qui auraient dû nécessairement se perdre dans une lutte, et spécialement d'un canif et d'une paire de ciseaux, dont la pointe paraissait présenter quelques taches de sang, et diverses autres circonstances, firent naître dans l'esprit des magistrats des doutes sérieux sur l'existence du crime.

Cette fille n'en persista pas moins dans ses déclarations multipliées, et dont deux furent reçues sous la foi du serment, à en soutenir la réalité avec tous les détails qu'elle avait donnés dans son premier récit. Elle affirma spécialement que les piqûres de son bras avaient été faites par les hommes qu'elle prétendait l'avoir attaquée.

Mais bientôt la personne qui, la première, l'avait vue tomber à l'entrée du champ, vint apprendre qu'ayant coupé par le milieu le lien qui attachait les poignets de Marie V..., l'un des bouts s'était détaché à la première traction opérée sur

lui, ce qui faisait présumer que ce lien n'était peut-être que contourné autour du poignet ou qu'il n'était attaché qu'au moyen d'un nœud coulant. Bientôt aussi fut reçue la déposition d'une vieille femme habitant une commune voisine, qui déclara qu'elle avait pratiqué le 31 décembre une saignée à chacun des bras. En même temps fut saisie la chemise que cette fille portait le jour où elle avait été saignée.

Toutes ces circonstances et une multitude d'autres révélées constituaient la plaignante dans un état flagrant de mensonge, et la fausseté du fait dont elle s'était plainte ressortit évidemment des preuves acquises. Aussi le 21 du même mois, après avoir d'abord persévéré dans son récit, quoiqu'on lui en eût signalé les invraisemblances et même les impossibilités, après des hésitations sans nombre, après des demi-aveux rétractés aussitôt, elle finit par celui formel répété et signé, qu'elle n'avait été l'objet d'aucune attaque, et que c'était elle-même qui, à l'approche de l'un de ses accès d'hystérie et sans se rendre compte de l'idée étrange qui s'était emparée d'elle, s'était volontairement et avec la pointe de ses ciseaux, autant qu'elle pouvait se le rappeler, fait de légères incisions sur les parties de son corps qu'elle avait pu atteindre. En conséquence, aucune poursuite ultérieure ne fut faite, et le juge d'instruction déclara qu'il n'y avait pas lieu à suivre.

Ce fait de médecine légale, aussi singulier que rare, est aussi remarquable sous le rapport de la multiplicité des incisions pratiquées sous l'influence d'une volonté fixe, obéissant à une impulsion maladive du centre des perceptions, que sous celui de l'arrangement artificieux des moyens propres à rendre vraisemblables le récit ou roman imaginé par la fille Marie V.... En effet, elle racontait avec calme et sans exagération toutes les circonstances de son aventure. Elle enchainait les détails et les péripéties avec la plus grande logique. Une seule précaution prise par elle, celle de m'indiquer de procéder à mon examen région par région, avait éveillé mes soupçons, que la vue de ces incisions singulières, faites si également, avec tant de délicatesse, vint achever de confirmer.

Cette fille s'était d'abord refusée à ce qu'on inspectât ses parties génitales, mais elle céda facilement, lorsqu'on lui eut donné l'assurance que tout resterait secret. Y eut-il chez elle seulement désir de faire du bruit, de fixer l'attention publique, ou réellement aberration mentale? Il y a autant de raisons, d'après la connaissance des antécédents assez singuliers de cette jeune fille, de croire à l'une qu'à l'autre de ces causes, ou mieux à leur action simultanée.

Cette observation est encore intéressante, en ce qu'elle offre un exemple d'incisions légères, mais multipliées, n'ayant entraîné aucune suite fâcheuse pour la santé, malgré l'étendue des surfaces sur lesquelles elles furent pratiquées. Cependant on m'affirma qu'il y avait eu de la fièvre, quoiqu'il n'en existât plus dès le second jour.

Quant à l'inflammation locale, elle ne fut remarquée qu'aux incisions plus profondes du pli des bras, qui durent avoir été faites avec un instrument piquant et tranchant autre qu'une lancette, car celle-ci laisse ordinairement une section nette, linéaire, qui ne repose point sur un engorgement phlegmoneux, tandis que celles qui existaient dans ces parties ne présentaient aucunement ces conditions, puisque l'une d'elles était triangulaire, et qu'en outre elles étaient tuméfiées.

Les autres incisions formaient des lignes fines, nullement éraillées, ni enflammées, comme celles faites avec la pointe d'une épingle ou de ciseaux, lesquelles sont entourées le lendemain d'une rougeur vive qui va en diminuant progressivement. Ce qui porterait à croire qu'elles avaient plutôt été faites avec un instrument coupant, tel qu'une lame de canif, qu'avec les précédents, bien que Marie V... eût déclaré qu'elle s'était servie, pour les pratiquer, de la pointe de ses ciseaux.

Enfin, ce fait est encore une preuve à ajouter à une foule d'autres venant démontrer qu'en médecine légale, il ne faut jamais se borner à un examen superficiel et trop circonscrit des lésions extérieures, mais qu'il est nécessaire d'en considérer la situation, la direction, la profondeur, d'en comparer les effets avec les résultats qu'à dû se proposer celui qui les a faites, et surtout de chercher d'abord à apprécier si elles ont été le fait d'une agression étrangère ou exécutées par le blessé lui-même. Ce dernier problème est souvent très-difficile à résoudre. Il faut alors que le rôle du médecin légiste s'agrandisse, qu'il substitue une sorte d'autopsie morale à celle de son scalpel, qu'il se montre profond observateur ou moraliste, et que d'induction en induction, il arrive, à l'aide d'une logique sévère, à la découverte de la vérité.

(La fin au prochain N°.)

III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine de Paris.

Séance du 2 novembre.

PROPRIÉTÉS PROPHYLACTIQUES ET ANTI-CONTAGIEUSES DU QUINQUINA. — M. Delfrayssé adresse des observations et réflexions sur les propriétés prophylactiques et anticontagieuses du quinquina dans les épidémies paludéennes et principalement dans la fièvre. (Commissaire : M. Gauthier de Claubry.)

NOUVELLE SONDE. — M. Secretan soumet au jugement de l'Académie une nouvelle sonde pouvant en une seule introduction servir au triple usage d'évacuer l'urine, d'explorer et de cautériser un point donné de l'urèthre ou la vessie.

CHOLÉRA. — M. Gros (de Moscou) adresse une lettre sur le choléra de Moscou. Il ressort des détails contenus dans cette lettre :

1° Que la mortalité reste la même, malgré la diversité des traitements ;

2° Que le choléra n'est pas contagieux ;

3° Que les connexions du choléra avec les agents météorologiques et hygiéniques sont plus obscures que jamais ;

4° Que le choléra d'emblée est très-rare, s'il est possible ;

5° Que, les perturbations organiques s'annonçant toujours quelque temps avant l'invasion mortelle, la cure prophylactique est la seule rationnelle et possible.

Séance du 8 novembre.

CHOLÉRA AU HAVRE. — M. Lecadre, médecin des épidémies au Havre, donne quelques détails sur les cas de choléra qui se sont manifestés récemment dans cette ville. Dans les derniers jours de septembre, quelques cas isolés avaient paru, dont deux avaient eu une terminaison funeste. Depuis, l'épidémie, sans prendre une grande extension, a continué à manifester sa présence. Jusqu'ici on compte, sur une population de 60,000 âmes, 14 décès de cholériques, et le nombre des personnes atteintes d'une manière grave peut s'élever de 30 à 35. On ne comprend pas dans ce chiffre les sujets atteints de diarrhée ou de vomissements qui sont en très-grand nombre. (Commission du choléra.)

QUESTION DE MÉDECINE LÉGALE. — M. Dezautières, de Decize (Nièvre), soumet à l'Académie une question de médecine légale sur laquelle il a eu à se prononcer sur la réquisition de la justice. Il s'agissait, à l'inspection d'un placenta, de déterminer, s'il est possible, si ce placenta appartenait à une grossesse à terme ou non à terme. La question que M. Dezautières soumet à l'Académie est donc celle-ci : Un placenta seulement étant donné, peut-on déterminer à quelle époque de la gestation il appartient ? (Commissaire : M. Cazeaux.)

INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER. — M. MALGAIGNE lit sur ce sujet le mémoire suivant :

Je viens entretenir l'Académie d'une méthode nouvelle pour le traitement des anévrismes, sortie tout entière des méditations et des expériences de notre regrettable confrère feu le docteur Pravaz (1), et qui, dans les premiers moments, semblait devoir réaliser pour les anévrismes un progrès aussi important que la lithotritie pour la pierre. L'expérience n'a pas répondu à ces heureuses espérances ; et après quelques rares guérisons, qui déjà avaient failli compromettre la vie des malades, sont venus des échecs plus graves, terminés plus d'une fois par la mort. Il est donc temps de réunir les faits déjà connus, de les soumettre à une appréciation sérieuse, et d'apprendre aux chirurgiens ce qu'ils doivent en penser.

C'est le 10 janvier de cette année que la nouvelle méthode fut rendue publique par une lettre de M. Lallemand, lue à l'Académie des sciences. Dans une expérience sur la carotide d'un mouton, en quatre minutes, l'injection de quatre gouttes d'une solution de perchlorure de fer avait transformé en un caillot solide tout le sang renfermé dans une étendue de 4 à 5 centimètres de cette artère ; la quantité du sang ainsi coagulé était évaluée à une cuillerée.

(1) Il convient de dire cependant que Monteggia avait émis l'idée d'injecter des astringents dans la poche anévrismale à l'aide d'une ponction avec le trocart ; et dans le cas où la ligature à la méthode de Brasdor est seule praticable, il avait aussi songé à injecter dans le sac un liquide coagulant en introduisant la canule par une ouverture faite à l'artère, et en liant ensuite l'artère sur la canule même. Longtemps après Monteggia, M. Leroy-d'Etiolles avait aussi pensé aux injections coagulantes ; mais je n'estime pas que ces idées purement théoriques diminuent en rien le mérite de l'invention de Pravaz.

Une portion de la carotide d'un cheval de 8 centimètres de longueur, estimée contenir cinq cuillerées à café de sang, reçut huit à dix gouttes de perchlorure avec le même résultat; finalement, Pravaz estimait que deux gouttes suffisaient pour la coagulation d'une cuillerée à café de sang; et, à part le manuel opératoire, la seule condition était d'exercer la compression au-dessous de l'anévrisme pendant quatre ou cinq minutes environ.

Presque aussitôt ces expériences furent répétées à Alfort par MM. Giraldès et Debout. M. Giraldès ayant intercepté entre deux compressions 11 centimètres environ de la carotide d'un âne, y injecta six gouttes de perchlorure; et la coagulation ne se faisant point, il fit une autre injection de onze gouttes. Cette fois, la coagulation s'opéra; mais l'artère parut racornie. Une injection de quinze gouttes dans la carotide d'un cheval amena à la fois et la coagulation du sang et le racornissement du vaisseau. M. Debout a vu de même ce racornissement inquiétant; bien plus, dans un cas, l'artère s'amincit et se laissa distendre de manière à offrir, quarante-huit heures après l'injection, une dilatation variqueuse. D'ailleurs, l'expérience n'était pas même sans danger pour la santé générale; M. Leblanc, qui conserva quelque temps deux des chevaux soumis à ces injections, leur trouva de la fièvre; et sur un animal sacrifié, au vingt-neuvième jour, la présence de pus dans l'artère fut constatée.

Pravaz s'émut de ces résultats qui mettaient en péril l'avenir de sa découverte; il rapporta l'autopsie du mouton sur lequel il avait expérimenté et qu'on avait sacrifié deux mois et demi après; la carotide était oblitérée sur une longueur de 8 centimètres et demi, sans autre lésion, et le caillot, presque entièrement résorbé, égalait à peine en volume un grain de millet allongé. D'où venaient donc les accidents observés à Alfort? Sans s'expliquer clairement à cet égard, Pravaz insistait « sur la nécessité *de n'employer que la quantité de perchlorure nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur.* » Un nouveau cas d'application de sa méthode qui devait être prochainement publié devait montrer, ajoutait-il, « *que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives qu'il avait fixées, d'accord avec M. Lallemand, sans déterminer des symptômes d'intoxication et sans que le caillot formé se redissolve.* » Il admettait qu'une injection exubérante pouvait développer une inflammation trop vive du sac, puis l'ulcération consécutive et l'expulsion en bloc du caillot.

Le point essentiel de l'opération était de ménager toutes choses, de façon qu'il y eût résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. Pour son compte, il déclarait que pour un anévrisme du volume d'un œuf de pigeon, par exemple, il n'injecterait d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure, sauf à répéter l'injection si, au bout d'un certain temps, les battements de la tumeur n'avaient pas complétement cessé. Et tant il avait à cœur cette condition de sécurité, il y revenait une dernière fois en disant: « Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à trois gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite. » Enfin, il prenait soin d'indiquer la manière d'obtenir la solution et le degré qu'elle devait marquer à l'aréomètre, 45°.

De fait, sans prétendre diminuer le mérite des hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune raison, des règles posées par l'inventeur lui-même; leurs expériences prouvent bien l'inefficacité du perchlorure à petites doses, et son danger à dose exubérante; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure de fer sur l'homme n'ont pas tous échappé non plus à ce reproche.

Ajoutons cependant qu'un premier essai, tenté sans aucune règle, et avec un procédé opératoire très-imparfait, n'en avait pas moins donné une guérison admirable, et semblait indiquer que les précautions recommandées par Pravaz étaient peu nécessaires. Dès le 4 février, M. Raoult Deslongchamps avait traité par le perchlorure un anévrisme de l'artère sus-orbitaire du volume d'un œuf de pigeon. A la vérité, cet anévrisme offrait des phénomènes singuliers. Il n'est pas commun d'abord de rencontrer des anévrismes gros comme un œuf de pigeon sur une artère presque capillaire. L'oreille n'y entendait aucun bruit anormal; la pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complétement; les battements seuls l'avaient fait juger anévrismale. M. Raoult y fit une ponction oblique de 3 centimètres avec un bistouri très-aigu; quelques gouttes de sang rutilant coulèrent le long de la lame sans jet saccadé. On introduisit une seringue en verre dans la plaie, on fit une injection

sans calculer les gouttes; la seringue retirée, il sortit derechef quelques gouttes de sang; cependant la tumeur battait encore dans presque toute son étendue. Le surlendemain, nouvelle injection, *de dix à douze gouttes*, dit l'auteur; mais il n'avait aucun moyen de les mesurer. Et ce qu'il faut noter, c'est qu'il introduisit sa seringue par la même plaie; qu'*un stylet fut introduit pour détruire les adhérences*; et même, ajoute-t-il, *je ne pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac.* Un anévrisme qui se vide en entier par la compression, qui, en conséquence, ne contient que du sang liquide, et qui se laisse ponctionner au bistouri et parcourir par un stylet sans donner un seul petit jet de sang, n'est pas, il faut le confesser, un anévrisme ordinaire.

On s'y trompa, toutefois; et M. Robert, notre collègue, fut seul d'abord à élever des doutes sur la nature de la tumeur. Mais le jour même où Pravaz, dans sa communication à la Société de chirurgie, se prévalait du succès obtenu dans ce cas, M. Raoult annonçait qu'une nouvelle tumeur avait apparu dans la même région, avec des battements comme l'autre, et qu'il n'hésitait pas à y reconnaître une *tumeur érectile cutanée.* Il n'en persistait pas moins à penser que l'ancienne tumeur, avec les mêmes caractères, était un véritable anévrisme. Le deuxième diagnostic me paraît, pour mon compte, beaucoup plus assuré que le premier.

Mais Pravaz avait annoncé la prochaine publication d'un nouveau cas qui devait montrer, je répète ses propres paroles, « *que l'on ne peut dépasser les limites approximatives* fixées pour l'injection, *sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot formé se redissolve.* » Quel était donc ce *nouveau cas?* M. Niepce en avait adressé un à l'Académie des sciences le 25 avril; je le reproduis d'après l'analyse publiée par M. Lallemand dans les comptes-rendus de cette Compagnie :

« La tumeur occupait l'artère poplitée au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant très-dure, on cessa de comprimer l'artère crurale, et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac; quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

» Le lendemain et les jours suivants, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées. Le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors tous les symptômes inflammatoires disparurent.

» Le vingtième jour, on ne sentait plus à la place de la tumeur anévrismale qu'un noyau dur de la grosseur d'une noisette. La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrismes. »

L'analyse de cette observation laisse à désirer. J'y cherche en vain les *symptômes d'intoxication* qu'elle devait montrer, au dire du consciencieux Pravaz; ni le volume de la tumeur, ni la quantité de l'injection, ni le procédé opératoire ne sont indiqués.

Du reste, dans la séance du 9 mai, M. Lallemand communique une autre observation due à M. Serres (d'Alais), et suivie aussi de guérison; malheureusement encore, nous n'en avons qu'un résumé beaucoup trop concis. Il s'agissait cette fois d'un anévrisme variqueux au pli du coude.

« Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur, quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale.

» Une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une eschare s'est détachée des parois du sac sans qu'il soit parvenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides. »

Ainsi, dans les deux cas, et cette fois pour de véritables anévrismes, l'injection semblait avoir procuré une guérison radicale. Toutefois, à considérer de près les choses, dans l'observation de M. Niepce, l'inflammation et la suppuration du sac; dans celle de M. Serres, la suppuration du sac et la gangrène de ses parois, montraient déjà que ces sortes de guérisons ne s'obtiendraient pas sans danger.

Aussi, loin de se flatter de pareils succès, la méthode les considérait quasi comme des échecs, qu'elle rejetait sur l'imprudence des opérateurs. M. Lallemand alléguait que, dans les opérations de M. Niepce et de M. Serres, il avait été injecté *au moins trois fois plus de perchlorure qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot.* On conçoit, ajoutait-il, que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que

les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Nous manquons de documents pour apprécier par nous-même l'excès de la dose employée ; mais, d'un autre côté, l'expérience semble peu favorable à l'opinion exprimée par M. Lallemand, et qui était déjà celle de Pravaz, qu'un excès d'injection tend à dissoudre le caillot. Voyez le cas de M. Raoult; deux injections pour une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; le caillot tient. Dans les deux autres, est-ce que le caillot a été dissous? M. Niepce en retrouvait encore au vingtième jour un noyau du volume d'une noisette, malgré l'issue donnée à la suppuration. M. Serres a vu le caillot durcir promptement; et il faut même qu'il ait gagné plus tard, puisqu'il a fini par supprimer les pulsations d'abord persistantes dans les artères radiale et cubitale.

Mais ce qu'il importe d'ajouter, et ce qui explique le jugement sévère de M. Lallemand, c'est que, dans le deuxième cas au moins, la guérison avait été achetée plus chèrement que ne l'avait fait soupçonner le *compte-rendu de l'Académie des sciences*. Dans un article récent d'un journal de Montpellier, je lis que M. Serres a raconté son observation dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi ; ce n'était pas seulement *une inflammation assez vive* qui avait inquiété le chirurgien, mais *des désordres inflammatoires extrêmement graves et tels que la vie du membre et du malade fut prochainement compromise*. (*Annales cliniques de Montpellier*, 10 oct. 1853.)

Au reste, un cas bien plus désastreux, puisque le malade mourut dans mon service des suites de l'opération, fut pour les chirurgiens un tout autre sujet d'alarme. Un maçon, âgé de vingt-cinq ans, portait au pli du coude une tumeur pulsatile du volume d'une aveline, suite probablement de la piqûre de l'artère dans une saignée malheureuse. Un de mes anciens élèves y pratiqua l'injection du perchlorure, cette fois avec la seringue graduée de Pravaz, chargée d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart arriva sans difficulté dans la tumeur; un jet de sang en fut la preuve. Immédiatement la seringue fut ajustée, et l'opérateur fit exécuter à la vis du piston cinq demi-tours, projetant chacun une goutte. La tumeur battant toujours, on exécuta cinq nouveaux demi-tours poussant cinq nouvelles gouttes. A l'instant même, douleur atroce dans tout le bras ; la tumeur ne battait plus; dix secondes après, les pulsations cessaient à la radiale ; la main devenait froide, violacée; le lendemain, gangrène limitée au pouce. On transporte le malade dans mon service. Le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, tout l'avant-bras est mortifié. Que dirai-je de plus? L'observation a été publiée, mais j'espérais encore alors sauver le malade. L'amputation, qu'il avait d'abord repoussée, fut acceptée le onzième jour, l'avant-bras étant déjà en partie détaché par la gangrène, et, après une amélioration passagère, le malade a succombé.

Comment un tel résultat ne nous a-t-il pas tous arrêtés? Il y a d'excellentes raisons à en donner. D'une part, on a vu la gangrène et la mort succéder aussi à la ligature ; puis on pouvait dire que la dose de l'injection avait été exagérée ; et, enfin, avait-on pris suffisamment le soin de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous? D'autres ajoutaient même que la solution de perchlorure n'était pas indifférente ; et, quoique le malheureux opérateur se fût assuré que la sienne coagulait bien, il n'en avait pas indiqué le degré ; M. Burin-Dubuisson, habile pharmacien de Lyon, avait seul le secret de Pravaz; il fallait une solution préparée par M. Dubuisson.

Les premières objections étaient raisonnables ; la dernière péchait par son exagération même, et le champ de l'opération allait se trouver bien rétréci si l'on ne pouvait la pratiquer qu'avec le liquide Dubuisson. Or, ce dernier retranchement même allait être forcé, et la solution Dubuisson allait être aussi féconde en désastres que les autres.

M. Velpeau l'essaya le premier à Paris sur un étudiant qui portait un anévrisme au pli du coude par suite d'une saignée malheureuse. On connaît toute la prudence et l'habileté de M. Velpeau ; je dirai pourtant qu'avant l'opération, pour plus de sécurité, il me fit l'honneur de me demander des détails sur les causes présumées de la gangrène dans le cas que je viens de rappeler. J'étais présent à l'opération avec un grand nombre de confrères; il y eut même plus de précautions prises que Pravaz n'en avait demandé ; l'artère fut comprimée au-dessus et au-dessous de l'anévrisme, et, pour une tumeur de 8 centimètres de diamètre en un sens sur 10 dans l'autre, on injecta huit gouttes de perchlorure apporté de Lyon par M. Dubuisson. Du reste, le résultat témoignait de la haute circonspection du chirurgien ; il n'y eut pas de coagulation bien manifeste, et dès que la compression fut enlevée, les battements reparurent dans le sac et dans les artères de l'avant-bras. D'ailleurs au-

sans accidents; et le 11 juin, vingt et un jours après la première injection, M. Velpeau en fit une autre portée à dix gouttes. Assurément encore la dose n'était pas exagérée, puisque la coagulation complète ne fut pas obtenue. Cependant l'anévrisme s'accrut en volume, et, l'inflammation s'en étant emparée, M. Velpeau jugea prudent de lier l'artère le 18 juin, sept jours après la deuxième injection. Cela n'empêcha pas la tumeur anévrismale de s'ouvrir, et à travers des accidents assez graves l'opéré fut cependant assez heureux pour se rétablir.

Deux jours avant M. Velpeau, une tentative semblable avait été faite par M. Lenoir à l'hôpital Necker pour un anévrisme poplité du volume d'un œuf de poule. On poussa sept gouttes de liquide dans la tumeur; les battements continuèrent, mais il n'y eut point d'accidents; et douze jours après, enhardi par cette innocuité, M. Lenoir fit une nouvelle injection portée cette fois à seize gouttes. Aucun résultat encore ni en bien ni en mal. Il était permis d'accuser la mauvaise qualité de la solution; aussi, le 18 juin, M. Lenoir prit soin de se munir d'une solution préparée par M. Dubuisson lui-même, et, redoublant de prudence, il en injecta du premier coup six gouttes; puis, les battements continuant, six autres gouttes. Les battements n'en continuèrent pas moins; mais l'opérateur ne voulut pas aller plus loin, et l'injection totale demeura ainsi inférieure d'un quart environ à la précédente. On pouvait donc espérer une innocuité égale; en effet, pendant six jours le malade n'éprouva même pas de douleur locale. Mais le 23 juin au soir, tout à coup douleur sourde dans le jarret, frisson, chaleur, sueur; le lendemain, inflammation de la région poplitée, et, malgré le traitement antiphlogistique le plus complet, mort le 28 juin, dix jours après la dernière injection.

L'autopsie montra des épanchements de sang dans la région poplitée et la veine fémorale remplie d'une sanie couleur lie-de-vin. L'anévrisme était rempli d'un magma sanguin de même couleur, adhérant aux parois et plus résistant au centre qu'à la circonférence. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde.

Ces deux faits sont trop importants pour ne pas nous y arrêter un moment. Des opérateurs consommés, des précautions en surabondance, une solution préparée par l'inventeur même, et enfin une telle circonspection dans la dose injectée qu'on n'obtient même pas la solidification de la tumeur. Et cependant des accidents tels qu'il fallut y parer dans un cas par la ligature de l'artère, et que dans l'autre ils ne purent pas être conjurés. Inefficacité et péril tout à la fois, tels étaient donc les deux reproches encourus ici par la méthode.

Mais enfin il se pouvait que dans l'un et l'autre cas on eût eu affaire à une tumeur à moitié remplie par un caillot, et l'injection lancée dans le caillot n'aurait pu agir efficacement sur la couche liquide extérieure. C'était là très-assurément, d'après les détails de l'observation, le cas de M. Lenoir; et, bien que M. Lenoir eût pris soin de ne pousser son injection que quand un jet de sang vermeil et saccadé l'avait assuré que la canule plongeait bien dans la couche liquide, n'importe, il était à désirer, pour juger de l'utilité de la méthode, qu'elle fût essayée dans un cas où l'anévrisme contiendrait surtout du sang liquide. Eh bien! ce cas s'est rencontré; le voici:

Un individu entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux pour un anévrisme de la crurale mesurant au moins 16 centimètres de diamètre. Autant qu'on put s'en assurer, la tumeur ne contenait guère que du sang liquide, et en effet à la première ponction, aussitôt le poinçon retiré, un jet de sang caractéristique s'échappa par la canule. M. Soulé injecta en tout six gouttes de perchlorure, et il estima que deux de ces gouttes ont dû rester dans la canule. Ce n'était pas de la solution fournie par M. Dubuisson; mais elle devait être aussi bien préparée assurément, car la tumeur devint immédiatement dure et ratatinée. Pour favoriser la condensation et les adhérences du caillot, on maintint la compression quinze minutes; hélas! à peine fut-elle suspendue que les battements reparurent dans la tumeur. Cependant on fit usage d'une compression modérée, pour atténuer au moins l'impulsion de l'ondée sanguine, et en effet la tumeur sembla durcir de jour en jour. Comme d'ailleurs il n'y avait pas d'accidents, le 1er août, cinq jours pleins après la première injection, M. Soulé voulut compléter son œuvre, et fit une nouvelle injection de sept gouttes. Mais cette fois la douleur fut vive, la nuit sans sommeil; la tumeur s'enflamma et augmenta de volume; le tourniquet fatiguait le malade; d'ailleurs la coagulation complète n'avait pu être obtenue. Dans la crainte de voir une ulcération du sac amener une hémorrhagie foudroyante, M. Soulé pratiqua le 6 septembre la ligature de l'artère crurale, qui fut suivie d'une complète guérison.

Peut-être dira-t-on que l'anévrisme était

bien considérable, et alors de restrictions en restrictions le champ de la méthode nouvelle se trouverait bientôt réduit à rien. M. Soulé a pourtant essayé le perchlorure pour une petite tumeur du volume d'une cerise, suite d'une piqûre de la tibiale postérieure près de la malléole interne. La petite plaie extérieure, bouchée seulement par des caillots, avait plusieurs fois livré passage à des hémorrhagies ; à l'aide d'un gros stylet, M. Soulé pénétra dans le sac, d'où jaillit aussitôt un jet artériel. Il instilla plusieurs gouttes de perchlorure, introduisit même des bourdonnets de charpie imbibés de ce liquide, et ajouta enfin un bandage compressif. Trois jours après, la nullité du résultat obligeait à fendre la tumeur ; on reconnut alors que l'artère avait été coupée en travers, circonstance des plus heureuses pour l'arrêt de l'hémorrhagie et l'oblitération de l'artère. On ne put pourtant la saisir pour la lier, et on établit une compression au fond de la plaie avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari, ce qui réussit.

Un cas du même genre a été traité par M. Alquié, professeur de clinique de Montpellier. L'artère cubitale ayant été ouverte d'un coup de serpette vers l'éminence hypothénar, un mois après, il existait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon avec des battements isochrones au pouls, et recouverte d'une petite plaie suppurante. M. Alquié enfonça dans la tumeur une canule effilée, et, à l'aide d'une seringue en verre parfaitement calibrée, y fit une injection de quatre ou cinq gouttes d'une solution de perchlorure dans une quantité égale d'eau. Il n'y eut d'abord aucun changement perceptible dans la tumeur ; mais dans la nuit le malade y ressentit des douleurs lancinantes ; le lendemain au soir frisson, tuméfaction des doigts. Le quatrième jour, une rougeur vive occupe le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude, et les battements de la tumeur très-prononcés semblaient menacer d'une rupture. On garda le malade à vue de peur d'hémorrhagie ; et le dixième jour, après avoir calmé l'inflammation, M. Alquié lia l'artère humérale. Neuf jours plus tard, une hémorrhagie par la plaie de la main obligea à lier le bout supérieur de la cubitale et une collatérale assez volumineuse ; mais finalement le malade eut le bonheur d'en réchapper (1).

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853. — L'observation donnée d'abord par la *Revue thérapeutique du Midi* n'avait pas toute l'exactitude désirable.

N'est-ce pas une chose bien remarquable qu'après la guérison du premier anévrisme de M. Raoult, qui n'était pas un anévrisme, et les deux succès plus ou moins chèrement achetés de MM. Niepce et Serres (d'Alais), la méthode nouvelle n'ait plus marché que de revers en revers ? Voilà, en effet, six essais nouveaux, dont deux terminés par la mort, trois qui obligent à recourir à la ligature de l'artère, un pour lequel il faut employer la compression et l'eau de Pagliari. Est-ce assez pour fixer l'opinion des chirurgiens ? Eh bien, il y a eu trois autres essais dont je n'ai rien dit encore, l'un par M. Dufour, chirurgien de l'hôpital de Lectoure ; à la suite de deux injections dans un anévrisme volumineux de la carotide droite, il survint une inflammation excessive, la tumeur se gangréna, se rompit et le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante (1) ; un autre, par notre excellent collègue M. Jobert, qui sans doute en rapportera les détails à l'Académie ; mais déjà je tiens de ses confidences amicales que le membre a été pris de gangrène et que l'opéré a succombé. Enfin, j'ai eu aussi ma part de ces insuccès ; j'ai sauvé mon malade, grâce au ciel ; mais l'observation, pour n'avoir pas eu cette issue funeste, sera peut-être plus propre qu'aucune de celles que nous avons passées en revue pour démontrer le danger des injections de perchlorure, lors même qu'on n'en a fait qu'une seule, et avec une dose si faible qu'elle n'a pas même réussi à coaguler le sang dans toute la tumeur.

Plaie de l'artère humérale et du nerf médian ; anévrisme traumatique traité par une injection de six gouttes de perchlorure de fer ; accidents ; ligature de l'artère ; guérison.

Tonnellier (Victor), employé dans une fabrique d'eau gazeuse, était occupé à remplir et à boucher ses bouteilles, lorsque l'une d'elles ayant fait explosion, un éclat de verre vint frapper la partie interne du bras droit un peu au-dessus du pli du coude. Immédiatement un jet de sang rutilant jaillit par saccades à une distance d'environ 2 mètres. Le blessé appliqua le pouce sur la petite plaie, jusqu'à ce que son patron eût établi une compression à l'aide d'un linge et d'une bande. Au même moment il avait ressenti de l'engourdissement dans la main. Ce fut dans cet état qu'on l'amena dans mon service, presque aussitôt après l'accident, le 30 juillet 1853.

Le bras droit, tuméfié, offrait dans sa

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, loc. cit., d'après la thèse de M. Rostan, Montpellier, 1853.

moitié inférieure une circonférence plus grande de 4 centimètres que celui du côté opposé. La petite plaie, mise à découvert, ne donnait plus de sang ; elle siégeait un peu en dedans de l'artère, en sorte que pour arriver au vaisseau le morceau de verre avait naturellement rencontré le nerf médian sur sa route. Je pris soin de m'assurer par le témoignage du malade qu'il avait été retiré en entier de la plaie. Il y avait une insensibilité complète de la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, et une sensibilité très-obtuse dans la moitié externe de l'annulaire, l'autre moitié de ce doigt, ainsi que le petit doigt, ayant conservé leur sensibilité naturelle. La face dorsale était restée sensible partout comme à l'ordinaire. La main avait aussi perdu de sa force ; le malade ne pouvait fléchir les doigts que difficilement, et me serrait très-faiblement la main. La radiale battait avec assez de force.

La lésion du nerf médian était manifeste, et celle de l'artère humérale ne l'était guère moins. Seulement la continuation des battements du pouls me fit penser qu'elle n'avait souffert qu'une petite piqûre, et je voulus essayer si la flexion forcée du bras ne suffirait pas à sa réunion, comme cela m'était arrivé quelquefois.

Je fléchis donc l'avant-bras et le fixai dans cette position par un bandage. Mais le blessé ayant voulu retourner chez lui, avant d'y arriver il s'aperçut que le sang coulait ; il se fit établir une compression sur la plaie même avec de l'agaric et des bandes, et ne tarda pas à revenir à l'hôpital, où je le retrouvai le lendemain.

La compression ayant rempli son but et étant bien supportée, je laissai l'appareil en place en remettant l'avant-bras dans la flexion. Mais des douleurs survenus dans la nuit m'obligèrent à visiter les parties, et je trouvai le bras gonflé de manière à offrir une circonférence de 6 centimètres de plus que le bras sain. Cependant, la petite plaie ne donnant plus du sang, je maintins la compression et la flexion du coude jusqu'au 6 août, époque où la cicatrisation extérieure parut complète et solide.

Alors les choses étaient dans l'état suivant : rien de changé dans l'insensibilité et la faiblesse de la main ; au côté interne et un peu postérieur du bras, énorme ecchymose lie-de-vin, remontant jusque vers l'aisselle et descendant quelque peu à la partie antérieure de l'avant-bras. Vis-à-vis la piqûre de l'artère s'était formée une petite tumeur pulsatile, ovoïde, ayant 3 centimètres de hauteur, un peu moins en largeur, très-douloureuse à la pression, et offrant à l'auscultation un bruit de souffle assez rude. D'ailleurs, aucun frémissement dans les veines voisines.

La flexion de l'avant-bras n'agissait pas sur cette tumeur, située un peu trop au-dessus du pli du coude. Je voulus essayer une compression directe ; le malade ne put la supporter ; puis une compression sur l'artère au-dessus de l'anévrisme, les douleurs empêchèrent également de la continuer. Je me contentai alors de tenir le membre en demi-flexion et d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide. Avant de prendre un parti plus décisif, je voulais, par-dessus toutes choses, attendre le rétablissement des fonctions nerveuses, craignant que la suspension de la circulation, surajoutée à la paralysie, n'accrût les chances de gangrène.

Le 16 août, le malade fut tenu éveillé toute la nuit par des douleurs très-vives dans tout le bras droit, surtout au niveau de la tumeur, mais, circonstance toute nouvelle, qui se propageaient par moments jusque dans les doigts ; et le lendemain nous constatâmes que l'annulaire avait recouvré la sensibilité normale, et que le médius en présentait déjà quelque peu.

Le 2 septembre, la sensibilité s'était accrue, la tumeur d'ailleurs bien circonscrite, je songeai à préparer le sujet à l'opération en favorisant la circulation collatérale ; mais ni la compression avec les bandes, ni le tourniquet ne purent être supportés, et je résolus d'attendre encore.

Enfin le 14 septembre, comme depuis quelques jours, tous les doigts ayant recouvré plus ou moins de sensibilité à la face palmaire, l'index seul excepté, et le mouvement de flexion étant arrivé à ce point que l'extrémité des doigts arrivait au contact de la paume de la main, je jugeai le moment opportun pour pratiquer l'injection de perchlorure de fer.

La tumeur offrait alors 6 centimètres de hauteur sur 5 de large ; elle n'était plus douloureuse à la pression ; elle était assez dure, cependant offrant encore sous les doigts des battements très-sensibles et une fluctuation manifeste, et le bruit de souffle inaccoutumé à l'auscultation.

Je me servis d'une seringue en verre fabriquée par M. Charrière, avec piston à vis, selon le modèle de Pravaz. La seringue chargée préalablement d'une solution de perchlorure soigneusement préparée, je fis établir avec les doigts de deux aides une compression exacte au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis j'enfonçai le petit trocart vers la partie supérieure de

la tumeur ; le poinçon entré, il ne s'écoula qu'un peu de sang noir et très-épais. Une seconde ponction vers la partie moyenne et interne de la tumeur fut encore moins heureuse ; il ne s'en écoula rien, même après avoir promené la canule à diverses profondeurs et en sens divers. Le malade n'accuse d'ailleurs aucune douleur. Jugeant la canule trop étroite, j'en pris une autre d'un plus fort calibre, et je fis une troisième ponction vers la base de la tumeur ; il n'en coula encore qu'une ou deux gouttes de sang violacé. Une quatrième ponction vers la partie supérieure de la tumeur, assez près de la première, donna encore ici du sang violacé, mais en un peu plus grande quantité ; c'est là que je fis l'injection. Je m'assurai au préalable de la puissance de la solution en la mettant en contact avec les quelques gouttes de sang écoulé : à l'instant elles furent converties en un magma d'un gris brunâtre. Enfin, avec toutes les précautions possibles, la seringue bien vissée à la canule, je fis exécuter au piston six demi-tours, équivalant à six gouttes, dont il convient de défalquer la portion nécessairement restée dans la canule. Enfin, je maintins encore plusieurs minutes la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur ; je malaxai celle-ci doucement pour faciliter la diffusion du perchlorure, et, voyant que la tumeur ne durcissait point, enfin je l'abandonnai à elle-même.

Cependant nous pûmes croire un moment qu'il y avait eu coagulation dans l'artère même, car la radiale avait cessé de battre. Mais cela ne dura que quelques minutes, après quoi les battements revinrent comme auparavant.

Trois heures après l'opération, le malade fut revu ; la tumeur battait à l'ordinaire ; du reste, nulle douleur.

Les jours suivants se passèrent bien, et déjà, m'applaudissant d'avoir évité tout accident, je songeais à faire une deuxième injection, lorsque le 18 apparurent quelques douleurs dans la tumeur, qui prit aussi un léger accroissement dans le sens transversal. Cependant c'était encore fort peu de chose, quand dans la nuit du 19 au 20 les douleurs devinrent violentes et continues, au point d'empêcher le sommeil, et le 20 à la visite je trouvai mon malade en proie à des souffrances si atroces qu'elles lui arrachaient des cris. Il dit que vers sept heures et demie il avait éprouvé une sensation de déchirement dans la tumeur, et en effet celle-ci s'était accrue jusqu'à présenter 9 centimètres de largeur sur 7 de hauteur. Il assurait cependant n'avoir fait ni mouvement ni effort et avoir toujours conservé l'avant-bras dans une écharpe. Evidemment il y avait eu une rupture du sac primitif, et cependant une circonstance nous laissait encore quelque espoir de guérison : la tumeur avait des battements plus obscurs et les pulsations étaient également plus faibles à la radiale. Je fis donc seulement appliquer des cataplasmes narcotiques pour calmer la douleur.

En effet, celle-ci devint plus sourde les jours suivants ; mais les battements reprirent toute leur force.

Le 24, vers midi, en faisant un effort pour se soulever, le malade ressentit une sorte de craquement suivi des mêmes douleurs que le 20 septembre. La tumeur avait encore augmenté, et, à 2 centimètres au-dessus du pli du bras et tout à fait à sa partie interne, elle était surmontée d'une petite saillie acuminée de la grosseur d'une noisette et d'une teinte rouge violacé ; le reste de la tumeur était d'un rouge plus vif, et il y avait à l'intérieur un peu de tuméfaction.

La rupture du sac à l'extérieur paraissait imminente. Mon interne, M. Bastien, plaça par précaution un tourniquet au-dessus de la tumeur, et fit surveiller assidûment le malade jusqu'au lendemain 25, où je trouvai le cas si urgent que je pratiquai immédiatement la ligature de l'artère humérale vers le milieu du bras. L'opération offrit quelques difficultés à raison de l'engorgement des parties molles ; mais enfin l'artère fut isolée et liée, et immédiatement les battements cessèrent à la fois dans la tumeur et dans la radiale.

Nous eûmes à lutter les jours suivants, d'abord contre un érysipèle du bras, puis contre un rhumatisme articulaire des genoux. Je traitai l'un par la farine, l'autre par les pilules de vératrine, et le 10 octobre tout avait disparu, sauf un petit abcès à l'avant-bras. Ce même jour, la ligature tomba d'elle-même.

Mais l'anévrisme ne montrait aucune tendance à se résorber, malgré une fluctuation manifeste et sans douleur.

Le 13 octobre, j'y fis une petite incision d'un centimètre environ ; il en sortit une assez grande quantité de sang noir et épais, sans que la tumeur s'affaissât beaucoup. La suppuration s'en empara, et l'incision primitive paraissant trop étroite, je l'agrandis le 19 octobre.

Le 24, j'aperçus entre les lèvres de l'incision un petit caillot ; je le saisis avec des pinces, et tirant avec précaution j'amenai dehors un caillot solide et énorme, ovoïde, ayant 5 centimètres et demi de hauteur,

sur 4 de large. Je le fis examiner au microscope. M. Verneuil n'y trouva que des globules sanguins.

Les jours suivants, la suppuration, d'abord abondante et sanguinolente, devint par degrés plus rare et de meilleure nature; le malade se sentait d'ailleurs si bien qu'il demandait sa sortie. J'insistai pour conduire jusqu'à la cure complète un cas aussi périlleux, mais le séjour de l'hôpital lui étant devenu insupportable, force me fut de le renvoyer le 3 novembre, avec la plaie de la tumeur non encore complétement cicatrisée, et elle ne l'était même pas encore hier 7 novembre. Les battements commençaient à revenir à la radiale, et la sensibilité des doigts avait fait encore quelques nouveaux progrès.

Je ne pense pas avoir besoin d'insister beaucoup sur cette observation. Dans aucune autre on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection, et la manifestation des accidents n'a pas permis d'en pratiquer une seconde. Ici comme dans le cas de M. Velpeau, comme dans le cas de M. Soulé, comme dans le cas de M. Alquié, la ligature a pourvu au salut du malade; et à voir la sécurité et la promptitude de son action thérapeutique, il n'est vraiment pas permis de la mettre en balance avec l'injection de perchlorure de fer.

Telle est donc, pour une première période d'essais, la statistique des résultats donnés par ces injections : onze opérations; quatre morts, cinq revers graves, deux guérisons. Encore ces guérisons ont-elles été obtenues au prix de tels accidents et avec des doses tellement exagérées qu'au lieu d'en faire honneur aux opérateurs, M. Lallemand n'a pas hésité à blâmer leur imprudence. Aujourd'hui même la peur s'est emparée de ceux qui avaient montré le plus de confiance. Pravaz n'est plus; mais M. Brun-Dubuisson, sur la foi duquel il se reposait, a confessé lui-même le danger de sa première préparation, qu'il explique par un excès d'acide chlorhydrique qu'elle pouvait conserver. Il veut aujourd'hui que l'on se serve de perchlorure de fer neutre; et comme la solution à 45° est *presque impossible à conserver* (je me sers de ses expressions) *sans lui laisser un excès d'acide,* il a adopté la solution à 30°, à la dose de cinq gouttes pour chaque centilitre de sang; et il nous promet que cette nouvelle préparation sera *suffisamment énergique,* et, ce qui est plus important encore, *d'une innocuité absolue.* (*Gaz. méd. de Lyon,* 31 octobre 1853.)

Voilà donc une nouvelle période qui commence, une nouvelle carrière qui s'ouvre aux expérimentateurs, s'ils consentent à s'y engager sur la parole de M. Brun-Dubuisson. La conviction et la persévérance de cet honorable pharmacien ont leur mérite sans doute; mais il faut bien confesser qu'elles s'appuient sur des fondements assez faibles. Pravaz du moins avait fait des expériences sur des animaux; M. Dubuisson a fait ses nouvelles expériences sur du sang recueilli dans des verres. Les premiers faits cliniques, à tout prendre, étaient encore en faveur de Pravaz. M. Dubuisson en a également un pour lui, et il est important de le mettre au grand jour.

« Dans une tumeur anévrismale volumineuse du tronc brachio-céphalique, dit-il, M. le docteur Barrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pu injecter à trois reprises différentes, à quinze jours d'intervalle, environ soixante-quinze gouttes de perchlorure de fer, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble fonctionnel dans l'économie générale du malade. »

Malgré la concision de cette note, comme elle a été insérée sans dénégation dans un journal publié par M. le docteur Barrier lui-même, à la date du 31 octobre, qui ne serait disposé à y ajouter foi? Or, c'est là un nouvel exemple du danger de ces petites annonces écourtées, et qui, par leur inexactitude, risquent d'induire en erreur les chirurgiens.

Nous trouvons dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 octobre la rectification indispensable de cette observation.

« J'ai vu le malade, dit M. Debout, lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois d'août, et *une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur. Du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées dans la tumeur; un moment même M. Barrier a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante.* Heureusement pour le malade, les accidents sont restés bornés aux tissus qui environnaient le sac, et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté depuis l'hôpital; sa tumeur avait un peu augmenté de volume; les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où cet homme entra dans le service. »

Il y a une autre série d'essais qui, sans avoir trait aux anévrismes, ont été mis en avant pour faire ressortir l'innocuité de la solution à 30°; on l'a injectée dans des veines variqueuses; et comme une société savante des plus recommandables a paru encourager ces essais en proposant un prix sur la question, l'Académie me

permettra une très courte digression à ce sujet, il est bon que ceux qui voudront expérimenter de ce côté sachent aussi à quels périls ils doivent s'attendre.

Le *Bulletin de thérapeutique* a publié une note de M. Desgranges (de Lyon), grand partisan de cette opération. Sur six essais, M. Desgranges en compte cinq sans accidents notables ; le sixième opéré a éprouvé une inflammation de tout le tiers supérieur de la jambe, avec des accidents généraux tels, qu'il a succombé le onzième jour. Cela n'empêche pas M. Desgranges de regarder l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente.

M. Debout citait en même temps trois essais du même genre, tentés à Paris par M. Follin, avec *des suites si simples qu'au bout de huit jours les malades avaient voulu retourner chez eux*. J'ai voulu me renseigner à cet égard, et M. Follin a bien voulu nous adresser une note d'où il résulte ce qui suit : Dans l'un de ces cas, la seringue, détériorée, ne joua pas convenablement; il fut douteux si une seule goutte de la solution avait pénétré dans la veine ; il n'y eut, d'ailleurs aucune trace de coagulation : ce premier fait doit être éliminé. Une autre malade a eu des symptômes de phlébite qui ont fait craindre un moment la suppuration ; heureusement les accidents ont pu être arrêtés. La troisième a eu un vaste abcès de la jambe, qui toutefois ne l'a pas empêché de guérir.

Au total, l'injection de perchlorure de fer dans les varices paraît moins périlleuse que dans les anévrismes ; toutefois, le temps seul pourra nous apprendre ce que valent les guérisons ainsi obtenues. Mais pour les anévrismes, bien que la possibilité de la guérison par ces injections soit mise hors de doute, les guérisons ont été si rares, achetées par de tels accidents, contre-balancées d'ailleurs par un si grand nombre de revers graves et même de morts, que, dans l'état actuel des choses, nous ne pensons pas qu'aucun chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.

M. Moreau s'élève, à cette occasion, contre les expérimentations de ce genre. Que l'on fasse, dit-il, des expérimentations sur les animaux, mais non point sur l'homme. J'approuve pleinement le travail de M. Malgaigne; je ne lui ferai qu'un reproche, c'est de n'avoir pas été assez sévère à l'égard d'une méthode qui, sur onze opérations, a donné quatre morts, et de ne l'avoir pas formellement proscrite.

M. Roux applaudit également aux idées que vient d'exprimer M. Malgaigne. Plus que tout autre il est porté à repousser les injections de perchlorure de fer, d'autant que la chirurgie est en possession d'un moyen efficace dans la méthode de Hunter. Cependant il serait imprudent de préjuger l'avenir de ce nouveau moyen; tout en considérant la méthode de Hunter comme un progrès sur toutes celles qui l'ont précédée, il ne croit pas que ce doive être là la dernière limite et le dernier mot de la chirurgie.

M. Roux présente ici quelques considérations sur l'anévrisme poplité, desquelles il déduit que c'est surtout pour cet anévrisme qu'il serait désirable de trouver un autre moyen que la ligature.

Ainsi, tout en approuvant la prudence de M. Malgaigne, M. Roux pense que les faits ne sont pas suffisants encore pour permettre de juger définitivement la valeur et de se prononcer sur le sort de cette nouvelle méthode.

M. Velpeau croit d'abord devoir répondre un mot à l'expression de blâme peu déguisé que M. Moreau vient de déverser sur les chirurgiens. Ce mot d'expérimentation appliqué aux opérations tentées sur l'homme lui a paru toujours une assez mauvaise chose. A la rigueur, on n'expérimente pas ; on cherche, quand les moyens que l'on possède sont insuffisants, à leur substituer des moyens meilleurs. Cela part évidemment d'un excellent sentiment. J'ai expérimenté l'un des premiers l'injection du perchlorure de fer sur l'homme, parce que je voyais dans ce qu'on avait publié des motifs suffisants d'espérer de bons résultats. Les expériences sur les animaux avaient semblé assez concluantes pour qu'il parût naturel de transporter les essais sur l'homme. Il existait d'ailleurs quelques faits qui paraissaient justifier ces espérances.

La première tentative qu'a faite M. Velpeau n'a pas eu de succès, mais elle n'a déterminé aucun accident sérieux. Quelque temps après les battements ont reparu dans la tumeur, et il a fallu recourir à la ligature; puis il s'est fait un travail d'inflammation qui a amené l'ulcération des parois du sac et son évacuation. On a pu constater alors que l'injection avait produit la coagulation du sang ; il existait un caillot assez considérable qui était là comme un corps étranger. Ce caillot, par son aspect, donnait assez bien l'idée d'une espèce d'égagropile, qui n'aurait certainement jamais pu être résorbé. C'est là ce qui empêchera que ce soit jamais un bon moyen. Peut-être pourra-t-il mieux réussir dans les petits anévrismes. Encore est-

ce un point sur lequel l'expérience ne s'est pas encore prononcée.

M. Velpeau termine en exprimant le regret que ces tentatives n'aient pas eu de meilleurs résultats, la ligature n'étant pas toujours innocente et ne mettant pas toujours à l'abri d'une récidive.

M. Roux invoque, en faveur des chirurgiens qui ont cru devoir tenter ces essais, la difficulté qu'il y a dans certains cas à faire des expériences sur les animaux. Cette difficulté se présentait ici où il n'est pas possible de produire artificiellement des anévrismes. Il pense donc que l'on ne peut pas accepter l'espèce de réprobation que M. Moreau fait peser sur les chirurgiens, et qu'en y réfléchissant M. Moreau reviendra sur ce premier mouvement.

M. Moreau. Ma réprobation n'est pas générale; elle porte seulement sur l'espèce, et s'appuie sur les résultats désastreux de ces essais.

M. Laugier considère cette discussion comme un peu prématurée, peu de personnes étant en mesure d'avoir une opinion. Aussi aurait-il désiré que M. Malgaigne eût ajourné sa communication, faite d'ailleurs en si excellents termes. D'un autre côté, il aurait désiré que M. Malgaigne parlât des tumeurs érectiles, dans le traitement desquelles les injections de perchlorure de fer ont donné des résultats aussi fâcheux que dans les anévrismes. M. Laugier rappelle à cette occasion les résultats déplorables constatés par M. Lawrence dans les tumeurs en question.

M. Gerdy saisit cette occasion pour s'élever contre les tendances vicieuses qui semblent s'introduire dans la chirurgie depuis quelques années. Il y a, dit-il, de nos jours un malheureux sentiment, c'est, qu'au lieu d'attendre que des faits se soient produits pour permettre d'apprécier la valeur d'un moyen nouveau, on se hâte pour être le premier et avoir l'honneur d'attacher son nom à une découverte. Pour moi, je n'aurais pas essayé sur un homme, encore moins sur un de mes enfants. C'est là le critérium du chirurgien. Ce que vous ne feriez pas sur vos enfants, vous ne devez pas le faire sur d'autres.

M. Malgaigne s'associe à ce que vient de dire M. Gerdy. La morale chirurgicale ne doit pas être différente de la morale universelle. Mais dans cette circonstance non-seulement il y avait des expériences nombreuses et répétées sur les animaux, mais il y avait même trois cas de guérison sur l'homme lorsque les tentatives malheureuses ont eu lieu.

M. Malgaigne ne partage pas l'opinion de M. Laugier en ce qui concerne l'opportunité de sa communication; il pense qu'il était temps d'arrêter les chirurgiens dans une voie mauvaise.

M. Velpeau désirerait présenter quelques considérations qu'en raison de l'heure avancée il demande à renvoyer à la séance prochaine.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Séance du 15 novembre.

Perchlorure de fer. — M. Giraldès adresse une lettre en réponse à un paragraphe qui le concerne dans la lecture de M. Malgaigne :

« J'ignore sur quelles données le savant académicien apprécie les expériences que j'ai faites à Alfort avec M. Goubaux, et qui n'ont pas encore été publiées. Son appréciation est d'autant moins heureuse, qu'il nous reproche de nous être écartés sans raison des règles posées par l'inventeur lui-même. Or, dans la première série de nos expériences, nous avons suivi les règles posées par Pravaz; nous nous en sommes écartés ensuite par des raisons que nous ferons connaître plus tard. En outre, M. Malgaigne laisse croire que nous avions constaté l'inefficacité de l'agent coagulateur à petite dose; or, nous démontrions, au contraire, qu'on pouvait obtenir la coagulation du sang dans l'artère carotide d'un cheval en y injectant même deux gouttes de liquide.

» J'ajouterai maintenant que c'est d'après nos expériences, et très-probablement à la suite de quelques explications données par un de nous à M. Dubuisson, lors de son premier passage à Paris, que cet habile chimiste a été conduit à diminuer la densité de son perchlorure de fer. Celui qui nous servait pour nos expériences avait été dosé par M. Lassaigne à 29° aréomètre de Baumé. Dans la première série d'expériences, nous avions employé le perchlorure comme l'indiquait Pravaz. Plus tard, nous avions cru nécessaire d'employer du perchlorure de fer marquant 29° aréomètre de Baumé. »

— M. Le Roy-d'Étiolles adresse à l'Académie un mémoire relatif au traitement des anévrismes et des varices par les injections coagulantes.

Traitement du choléra par les métaux. — M. Burq adresse un mémoire supplémentaire sur la préservation et le traitement du choléra par les métaux.

Incision du col de la vessie dans les affections réputées névralgies de cet organe. — M. Mercier adresse sur ce sujet une réclamation de priorité.

Extrophie de la vessie. — M. Depaul présente à l'Académie les pièces anatomiques d'un enfant nouveau-né (une petite fille) qui offrait un exemple remarquable d'extrophie de la vessie avec diverses anomalies de tous les organes génitaux et urinaires, telles qu'une disposition bifide de l'utérus qui pouvait faire croire au premier abord à l'existence de deux utérus distincts, tant la division était profonde, etc.

Discussion sur le perchlorure de fer. — M. Velpeau. La question importante soulevée par M. Malgaigne n'a été qu'effleurée; elle n'a point été jugée. On se ferait du reste une très-grande illusion si l'on croyait que la question sera jugée par l'Académie ; quel que soit le résultat de la discussion, qu'il soit favorable ou défavorable à la méthode en question, cela n'empêchera nullement les chirurgiens de s'en occuper. Mais cela aura du moins un avantage que l'on ne saurait contester, c'est de faire connaître l'état de la question.

Avant d'aller plus loin, il y a un embarras à élaguer. On sait qu'il y a toujours des personnes prêtes à blâmer les chirurgiens qui prennent l'initiative d'un moyen nouveau. On a été jusqu'à prononcer le mot de témérité. Cela me toucherait peu personnellement, car j'ai autant que qui que ce soit de la prudence et l'unique désir de guérir. On a dit qu'il fallait laisser l'expérience se faire. Mais il faut bien que quelqu'un commence; si ce n'est par nous, ce sera nécessairement par d'autres que les premières tentatives devront être faites. D'un autre côté, si l'on n'expérimente pas, comment pourra-t-on perfectionner la chirurgie ? N'a-t-on pas échoué dans les premiers essais de la ligature de la carotide primitive? Aurait-il fallu y renoncer pour cela? Il y a d'ailleurs des conditions à observer dans toute expérimentation. Il faut d'abord que la méthode que l'on se propose d'essayer ne soit pas dangereuse, en second lieu qu'elle puisse être meilleure que celles en usage. On ne cesse de répéter dans le monde ce dicton, qu'il faut que les chirurgiens coupent et tranchent. Ce n'est pas ici que je devrais avoir à relever un pareil reproche. Il n'y a pas de chirurgiens qui opèrent pour le plaisir d'opérer. Cela me remet en mémoire ces paroles de Mme de Staël, je crois, qu'on transforme aisément en morale ce que la nécessité ne nous permet plus de faire.

On a toujours désiré guérir les anévrismes sans ligature; il semble qu'on ait éprouvé le besoin d'avoir quelque chose de mieux; ce n'est que comme pis-aller, en quelque sorte, qu'on s'en tient à la ligature. On ne peut donc blâmer ceux qui cherchent à lui substituer un meilleur moyen. Parmi ces moyens s'est présentée naturellement l'idée d'injecter des substances coagulantes. Cette idée n'est pas nouvelle ; elle a été émise d'abord par Monteggia, puis plus tard par M. Le Roy-d'Etiolles. Je l'ai reprise moi-même il y a environ vingt-cinq ans, mais je ne suivis pas sérieusement ces essais. J'ai fait aussi, mais sans beaucoup de confiance, des essais d'acupuncture , en me fondant sur ce fait que, lorsqu'il existe des lambeaux flottants dans l'intérieur d'un sac anévrismal ou d'une artère, il se formait spontanément un coagulum autour de ces lambeaux : j'ai également abandonné cette idée. Pravaz a imaginé plus tard d'y ajouter le galvanisme; de là est venue la méthode de M. Pétrequin; méthode qui mérite aussi d'être prise en considération. Cela ne veut pas dire assurément qu'il faille l'accepter sans contrôle. Il reste à démontrer une chose, c'est qu'elle soit meilleure que les autres. 12 cas d'insuccès et 8 cas de guérison sur 20 environ, c'est un résultat moins avantageux que celui de la ligature. C'est donc une question qui n'est pas jugée encore ; mais enfin il y a là de quoi engager à poursuivre des expériences. Plus tard, enfin, Pravaz, après avoir fait un grand nombre d'expériences avec diverses substances réputées hémostatiques, est parvenu à reconnaître dans le perchlorure de fer une propriété coagulante des plus énergiques : de là l'idée de l'appliquer au traitement des anévrismes. C'était d'autant plus séduisant que rien ne serait plus facile qu'une semblable opération, qui ne consiste en quelque sorte qu'à introduire une aiguille dans la tumeur anévrismale. Ajoutez que cette idée se présentait sous la garantie d'un homme dont tout le monde appréciait la bonne foi et la gravité.

Voilà à peu près où en est cette question, et on veut la juger avec aussi peu de faits qu'on en a encore ! Pour moi, je suis disposé à croire que la méthode est mauvaise, mais enfin je n'en suis pas convaincu.

Le cas le plus grave invoqué contre cette opération est celui de M. Malgaigne dans lequel il y a eu étranglement et gangrène du bras. Mais ce fait présente quelque chose d'invraisemblable ou tout au moins de bien singulier. N'y aurait-il pas là autre chose que nous ne savons pas bien? On a injecté depuis des quantités beaucoup plus considérables de perchlorure ; M. Leblanc vous dira tout à l'heure qu'il en a injecté jusqu'à 25 gouttes dans

une petite veine d'un cheval ; il n'est rien arrivé de fâcheux. On a cru que c'était un caustique, et tous les jours on le manie, on l'applique sur les tissus sans qu'il y ait rien de cautérisé du tout. Enfin, il ne m'est pas démontré que l'inflammation des parois du sac anévrismal, que l'on a constatée dans quelques cas, soit le fait du perchlorure de fer. Sans doute, si cette inflammation devait se répéter, si elle était inhérente à l'emploi des injections de perchlorure de fer, ce serait là un motif suffisant pour rejeter la méthode.

Mais il y a une autre circonstance qui s'opposera probablement au succès de cette opération, c'est le caillot lui-même. Le caillot, qui est ici une nécessité du succès, se présente sous plusieurs aspects. Il y a le caillot normal ; on comprend que celui-ci étant constitué par les éléments de l'organisme, puisse être résorbé et repris sans inconvénient par la circulation. Mais il y a un autre caillot, que j'appellerai par opposition anormal, ou hétéromorphe ; c'est celui qui contient la matière injectée. Ce n'est plus du sang, mais un magma composé de sang transformé et de la matière étrangère. Or, il suffit de voir ce caillot, qu'on ne peut mieux comparer pour son aspect qu'à un égagropile, pour être convaincu que sa résorption n'est pas possible.

Tout cela prouve que l'injection de perchlorure de fer ne vaut pas mieux que la ligature ; mais cela prouve-t-il qu'on n'arrivera pas à mieux d'après la même pensée, et qu'on ne parviendra pas à guérir sans la ligature? Je n'en tirerai pas cette conclusion. Pour ma part, j'espère qu'on arrivera un jour par ce moyen ou par un autre à remplacer la ligature. Et quand même on ne pourrait pas la remplacer avantageusement dans tous les cas, ne serait-ce pas quelque chose déjà que de pouvoir la suppléer dans les cas où celle-ci n'est pas possible, comme dans les anévrismes de la racine des membres, par exemple? La ligature est-elle d'ailleurs elle-même sans danger? Je n'en voudrais pour preuve du contraire que les tentatives que l'on a faites de tout temps pour trouver une autre méthode. J'oubliais à ce sujet de rappeler que j'ai essayé aussi de coaguler le sang dans les anévrismes à l'aide de la congélation. Ce moyen ne m'a pas non plus réussi. La tumeur a durci momentanément sous l'influence du froid; mais sitôt que la chaleur est revenue le caillot formé a été entraîné.

M. Moreau se défend d'avoir voulu incriminer en quoi que ce soit la conduite de M. Velpeau ; ce n'est point contre les chirurgiens qui ont essayé cette méthode qu'il s'est élevé, mais contre l'expérimentation sur l'homme en général. Il n'en persiste pas moins dans sa première opinion, que la méthode d'injection doit être à tout jamais condamnée. Quant à ce que M. Velpeau vient de dire de la congélation, ce n'est pas nouveau. Guérin avait déjà employé ce moyen.

M. Leblanc, après avoir rappelé en peu de mots le point de départ des expériences de Pravaz et les premiers résultats constatés par ce regrettable savant, rend compte en ces termes à peu près des expériences que M. Debout et lui ont faites de concert sur des animaux.

Les résultats annoncés par Pravaz ayant d'abord été constatés de nouveau et vérifiés, voici la série d'expériences qu'ils ont faites et les résultats qu'ils ont constatés.

L'artère carotide d'un cheval ayant été mise à nu dans une étendue de 6 centimètres, les expérimentateurs y ont injecté de six à sept gouttes de perchlorure de fer pendant que la compression était exercée au-dessus et au-dessous. Bien que la compression n'eût été maintenue qu'une minute, la circulation avait été et resta interrompue, le calibre de l'artère était rétracté d'une manière sensible. Le lendemain l'artère était bosselée ; on y percevait déjà le retour de faibles pulsations, et vers le septième ou huitième jour la circulation était complétement rétablie.

Une expérience semblable fut faite sur la carotide gauche du même animal. Comme dans l'expérience précédente et quelques autres, le magma s'était désagrégé, et dans le but, d'autre part, d'apprécier les effets d'une plus grande quantité de perchlorure, on injecta cette fois quinze gouttes. La compression fut maintenue cinq minutes. Au bout de ce temps, les ligatures enlevées, la circulation ne se rétablit point; l'artère resta sensiblement rétractée ; le volume de son calibre avait diminué d'un tiers. Au bout de quatre jours, il n'y avait pas de pulsation dans la portion du vaisseau injecté, et cette partie de la carotide était toujours rétrécie, dure et bosselée. L'animal ayant été sacrifié, on constata ce qui suit :

L'artère carotide droite présentait, dans quelques centimètres, un peu d'induration du tissu cellulaire. La membrane interne était saine. L'artère carotide gauche était oblitérée au point correspondant à la piqûre par une cloison formée par l'adossement de sa membrane interne ; celle-ci était rugueuse à sa surface et recouverte par du pus de consistance variable, au milieu duquel existaient des grumeaux dus

à la désagrégation du caillot ; il y avait, en un mot, des traces évidentes d'inflammation et d'épaississement des parois de l'artère.

M. Malgaigne en analysant ces faits, a dit qu'il y avait eu amincissement et dilatation variqueuse des parois de l'artère ; c'est le contraire qui a eu lieu.

Je suis en mesure, ajoute M. Leblanc, d'affirmer aujourd'hui qu'une injection de 23 gouttes de perchlorure a pu être faite dans l'artère d'un cheval sans le concours d'aucune ligature et sans qu'il en soit résulté aucun accident.

Il résulterait donc de ces expériences qu'une certaine quantité de perchlorure de fer peut être injectée dans le torrent circulatoire d'un cheval sans produire d'accidents notables ; qu'injecté en petite quantité entre deux ligatures, le perchlorure produit un caillot qui plus tard peut être plus ou moins complétement résorbé ; qu'enfin une assez grande quantité de magma résultant de cette injection peut être considérée jusqu'à un certain point comme un corps étranger inoffensif.

Malheureusement ces expériences n'ont pu être faites que sur des artères saines ; l'extrême rareté de l'anévrisme chez les chevaux n'a pas permis d'obtempérer aux vœux de M. Gerdy.

Peut-être cela sera-t-il plus facile pour les varices, qui, quoique rares, peuvent cependant être quelquefois observées. M. Leblanc s'empressera d'en faire l'essai, dans cette circonstance, à la première occasion favorable.

M. Leblanc termine en communiquant à l'Académie le fait de guérison d'un anévrisme du pli du coude, fait qui a été consigné dans une lettre adressée par M. le docteur Valette (de Lyon) à M. Debout.

Académie des Sciences de Paris.

Séance du 17 octobre.

SÉCRÉTION DU LAIT PAR LES MAMELLES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS. — M. Natalis Guillot adresse un mémoire sur la sécrétion du lait par les mamelles des enfants nouveau-nés. L'examen d'un grand nombre de ces enfants l'a conduit à reconnaître :

1° Que les mamelles des enfants sains des deux sexes sécrètent du lait peu de temps après la naissance.

2° Cette fonction succède ordinairement à la chute du cordon ombilical ; c'est du septième au douzième jour qu'on la voit commencer, pour se terminer après une durée de plusieurs jours. Elle est normale et n'appartient qu'à l'enfant sain.

3° Pendant la sécrétion, les glandes mammaires sont tuméfiées d'une manière très-sensible.

4° Ce liquide peut être exprimé des mamelles par la pression ; il peut alors sortir par gouttes, quelquefois par jet.

Il est blanc, neutre ou alcalin ; il s'acidifie par le contact de l'air.

Il se sépare, comme le lait de femme, en deux portions, l'une séreuse, l'autre crémeuse. Il possède la même composition.

Sous le microscope, on distingue qu'en outre du sérum il est constitué par des globules sphéroïdaux de diamètre inégal, transparents, insolubles dans l'éther, en tout semblables aux globules du lait de la femme.

On peut obtenir une quantité suffisante de ce liquide, soit en une seule fois, soit en plusieurs traites, pour y découvrir le caséum, la graisse et le sucre.

C'est donc un lait parfait que sécrètent les enfants mâles et les filles peu de temps après la naissance, et, bien que cette sécrétion ne représente que de très-loin ce que l'on observera plus tard chez la femme adulte, on ne saurait la négliger.

L'auteur joint à ce résumé le tableau des jours d'âge auxquels il a observé le phénomène de la sécrétion lactée chez 59 enfants mâles et chez 54 filles.

HYDROPHOBIE SURVENUE CHEZ UN CRÉTIN A LA SUITE DE LA MORSURE D'UN CHIEN ENRAGÉ. — DÉVELOPPEMENT REMARQUABLE DE L'INTELLIGENCE DURANT LES ACCÈS. — M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, transmet sous ce titre la relation suivante :

Le 2 août dernier est mort d'hydrophobie le nommé Chauvet (Antoine), âgé de 17 ans et demi, atteint de crétinisme congénial. Ce crétin habitait Pontehara, village situé dans la vallée du Graisivaudan. Il était d'une taille de 1 mètre 32 ; son père, mort des suites d'une blessure à la jambe, était goitreux et scrofuleux ; sa mère, qui vit encore, est de petite taille et porte un petit goitre ; son frère, âgé de 15 ans, est crétin et goitreux.

Chauvet (Antoine) était crétin de naissance ; son allaitement fut difficile, et ce ne fut qu'à l'âge de onze mois qu'il commença à soutenir sa tête. Il n'a pu marcher qu'à l'âge de 4 ans, et sa démarche a toujours été lente et difficile ; il traînait ses pieds en marchant. Sa tête, volumineuse, présentait tous les caractères du crétinisme. La face était large, les pommettes saillantes, le front court ; les che-

veux, rudes, descendaient très-bas près des sourcils; le nez était large, écrasé; les lèvres épaisses; les dents, irrégulières, n'étaient qu'au nombre de neuf au maxillaire supérieur, et de sept seulement à l'inférieur. A la seconde dentition, il ne lui était venu que quatre dents. Son goître était bilobé, assez volumineux. Il n'articulait que quelques mots, et encore ne le faisait-il qu'imparfaitement. Son intelligence, peu développée, ne lui avait permis d'apprendre ni à lire ni à écrire. Il avait toujours été dans l'impossibilité de comprendre le catéchisme; aussi n'avait-il pas pu faire sa première communion. Ses qualités affectives étaient peu développées; cependant il témoignait quelquefois un peu d'amitié à sa mère, mais il n'aimait pas son frère. Il n'avait jamais eu les maladies de l'enfance, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Il était lent, paresseux, et mangeait avec avidité toute espèce d'aliments.

Telle a été l'existence de ce crétin jusqu'au 10 mai dernier, jour où il fut mordu par un chien enragé. Une heure après cet accident, sa mère, ayant été avertie par une voisine que son enfant avait été mordu par un chien atteint de la rage et qui avait également mordu plusieurs chiens, le conduisit chez un pharmacien, qui se contenta de cautériser légèrement les morsures avec quelques gouttes d'ammoniaque.

Depuis ce moment jusqu'au 27 juillet suivant, on n'observa rien de particulier dans l'état d'Antoine Chauvet; mais ce jour-là, à onze heures du matin, il refusa de manger et de boire; il alla se coucher au soleil, et au bout de deux heures tous les symptômes de la rage se déclarèrent.

Dès les premiers symptômes de l'hydrophobie, Chauvet, au grand étonnement de sa mère et des personnes qui l'entouraient, au nombre desquelles étaient le médecin et le pharmacien, parla avec une bien plus grande facilité qu'il ne l'avait jamais fait. Ce crétin, qui ne répondait ordinairement qu'avec difficulté, en n'articulant difficilement que quelques mots, adressait alors fréquemment la parole à tous ceux qui l'entouraient, et racontait les souffrances qu'il éprouvait. Dans les intervalles des crises, il appelait sa mère et son frère, leur témoignait par de vives caresses combien il les aimait, et les priait de ne pas le laisser seul.

Le 28, à six heures du matin, après avoir passé une nuit très-agitée, pendant laquelle il fut de toute impossibilité de lui faire avaler la moindre quantité de liquide, Chauvel demanda à diverses reprises qu'on allât chercher le curé de sa paroisse. Le prêtre arriva vers les huit heures du matin. Aussitôt qu'il eut été introduit près du malade, celui-ci se plaignit amèrement et en pleurant de ce qu'il n'avait pu apprendre le catéchisme.

Vers les trois heures du soir, la violence des crises parut se calmer. Pendant tout le temps que dura ce calme, ou, mieux, cette dépression des forces, l'intelligence ne fut plus aussi développée.

Le 29, vers minuit, les crises revinrent, et avec elles l'intelligence redevint plus lucide. Il adressait de fréquentes questions aux hommes chargés de le veiller, les priant d'éteindre la lumière, qui lui faisait éprouver de violentes douleurs dans la tête, leur déclarant qu'ils ne devaient rien craindre, qu'il ne les mordrait pas. En effet, depuis les premiers symptômes de sa maladie jusqu'à sa mort, il ne manifesta jamais l'intention de mordre.

Les journées des 30 et 31 juillet se passèrent de même, ses crises revenant par intervalles, accompagnées de vives douleurs, telles que les éprouvent les hydrophobes, et son intelligence fut toujours lucide.

Le 1er août, vers les sept heures du matin, il survint un délire aigu pendant lequel le malade parla fréquemment et avec volubilité, citant parfois, mais sans suite, des faits passés depuis plusieurs années, et auxquels il n'avait jamais paru prendre la moindre part. Ce délire dura jusqu'au soir, et fit place à un coma profond qui dura jusqu'à cinq heures du matin du 2 août, jour où il mourut.

Séance du 24 octobre.

Réunion des tendons. — M. Sédillot lit un mémoire sur la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés comme moyen de rétablissement des mouvements.

M. Roux, à l'occasion de cette communication, a fait observer que la chirurgie, si prodigue autrefois de la suture des tendons dans les plaies récentes, n'est pas restée dans les temps modernes aussi inactive que le pense M. Sédillot à l'endroit des difformités provenant de la section ancienne d'un tendon dont les bouts ne se sont pas réunis. Le fait communiqué par M. Sédillot et qui a servi de base à son travail est fort intéressant; mais déjà a été faite à la main, sur la région dorsale, la suture d'un des tendons extenseurs des doigts anciennement divisé. Marc-Antoine Petit (de Lyon), dans l'un de ses ouvrages intitulé *Médecine du cœur*, p. 320, raconte

un cas dans lequel il l'a pratiquée avec succès.

M. Roux ajoute qu'il a lui-même suivi la voie ouverte par Marc-Antoine Petit. C'était, il y a vingt-cinq ans, sur un jeune musicien compositeur, qui avait nom Ruffo, l'auteur de quelques opéras-comiques, chez lequel l'usage du doigt médius de la main droite était complétement aboli depuis deux ans, après une section complète du tendon extenseur de ce doigt faite par un fragment de verre quelque peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. La suture, une suture simple, a été faite après l'avivement des deux bouts du tendon : une consolidation parfaite a eu lieu, et M. Ruffo a recouvré toute la liberté des mouvements du doigt et a pu reprendre une carrière qu'il avait commencée et qu'il a poursuivie avec distinction.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

—

Séance du 7 novembre 1853.

Président : M. Dieudonné.
Secrétaire : M. Crocq.

La séance est ouverte à 6 heures.

Présents : MM. Dieudonné, Leroy, Van den Corput, Joly, Gripekoven, Perkins, Crocq, Delstanche, Henriette, Bougard, Rieken, Dapmerie, Thiry et Martin.

M. Michaux remercie la Société de sa nomination comme membre correspondant.

M. Norbert Gille, pharmacien à l'École vétérinaire, adresse à la Société une note manuscrite sur la falsification des aloès. Renvoyé à une commission, composée de MM. Leroy, rapporteur, Gripekoven et Van den Corput.

Ouvrages présentés :

1. Deux jours à Hasselt. — Essai sur l'inoculation de la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines, d'après la méthode du docteur Willems, de Hasselt; par le docteur A. Didot. Bruxelles, 1853. In-8°.

2. Falsifications des substances alimentaires; suivies d'un tableau indiquant les empoisonnements et les secours à donner aux personnes empoisonnées ; par Norbert Gille. Bruxelles, 1853. In-8°.

3. Kreuznach, seine Jod-und Brom-haltige Elisabeth-Quelle und Mutterlauge, deren Wirksamkeit, Gebrauch und Versendung, von Dr J. E. P. Prieger.

4. Vollständiges etymologisch-chemisches Handwörterbuch, mit Berücksichtigung der Geschichte und Literatur der Chemie. Zugleich als synoptische Encyclopädie der gesammten Chemie, von Dr G. C. Wittslein. München, 1853. Vol. in-8°.

5. Notizie intorno alla vita scientifica e privata del professore Cavaliere Giovanni Rossi scritte dal Dottore Zaccaria Biagi. Guastalla, 1853. In-8°.

6. Geregtelyk-geneeskundig onderzoek van eene vergiftiging door middel van arsenicum nigrum of zoogenaamd muggen-vergift, door A. Fryda en M.-B. Vos, benevens het rapport van het geregtelyke scheikundig onderzoek, door J.-J. Bruinsma en E. Bloembergen. Leeuwarden. 1853. In-8°.

7. Nouvelles observations relatives au délire fébrile, par le docteur Liégey. Br. In-8°.

8. Sesion publica, aniversario décimo-tertio del Instituto médico Valenciano. Valencia. 1853. In-4°.

9. Table alphabétique des publications de la Société de médecine de Gand. Br. In-8°.

10 à 44. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

La Société passe à l'élection de trois membres du comité de rédaction pour l'année 1854 : sont réélus les trois membres sortants, MM. Rieken, Joly et Leroy.

M. Bougard, en son nom et au nom de MM. Martin et Delstanche, lit le rapport suivant sur un travail de M. Leriche, intitulé : *Traité des hydropisies des grandes cavités closes.*

Messieurs,

Un travail manuscrit intitulé : *Traité pratique des hydropisies des grandes cavités closes,* adressé à la Société par M. le docteur Leriche, de Lyon, a été renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Martin, Delstanche et Bougard. Nous venons vous en rendre compte.

L'auteur rappelle d'abord qu'il a publié en 1850 des observations qui tendaient à prouver que les injections d'iode dans le péritoine ne présentent aucun danger pour le malade et que ce moyen peut remédier à certaines hydropisies ascites. Il a vu avec peine, dit-il, MM. Vidal et Robert s'élever contre cette pratique, attendu que ce n'est qu'après que tous les autres moyens avaient échoué qu'il a eu recours à celui qu'il préconise.

Après quelques autres considérations il passe à l'historique.

C'est en 1841, dit l'auteur, que la première injection d'iode fut faite dans la sé-

reuse abdominale. M. Pagani, chirurgien en chef de l'hôpital de Novarre, injecta de la teinture d'iode dans un kyste séreux de l'abdomen. En 1843, MM. Velpeau et Bonnet ont prétendu avoir des droits à la priorité des injections dans les cavités séreuses; il conclut en disant que trois médecins s'occupaient à la fois de la même question. M. Dieulafoy, de Toulouse, et l'auteur lui-même, ont entrepris ces sortes d'injections sans savoir qu'il y eût des expérimentateurs qui s'en occupaient en même temps. Et quand ce dernier a injecté de la teinture d'iode dans le péritoine, il ne savait pas que M. Dieulafoy l'eût fait avant lui.

Dans le chapitre suivant intitulé : *Des cavités séreuses et de leur identité*, l'auteur pose cette question : Le traitement des hydropisies des grandes cavités closes par les injections iodées est-il rationnel ? Il cherche à établir, par quelques citations empruntées aux auteurs classiques, l'analogie qui existe entre toutes les séreuses, entre le péritoine, la plèvre, etc., et la tunique vaginale où les injections iodées réussissent si bien. Ce point étant établi, l'auteur se demande : pourquoi une injection iodée dans la poitrine ou dans l'abdomen serait-elle plus à redouter que celle qui est faite dans la tunique vaginale ou dans les membranes synoviales ? Le péritoine est peu disposé aux inflammations aiguës par cause traumatique; au milieu d'une masse de faits qu'il a été à même d'observer, de plaies du péritoine n'ayant entraîné aucun accident dangereux, il rapporte celui du nommé Sautetez, soldat, qui reçut un coup de couteau dans la région iliaque. Le chirurgien qui le pansa fit rentrer une anse intestinale non lésée et pratiqua deux points de suture. Le lendemain et les jours suivants : douleur, réaction, on lui fit plusieurs saignées; il n'y eut plus d'inflammation intestinale, le blessé guérit.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions qui tendent à faire croire que les plaies pénétrantes des grandes cavités n'ont pas la gravité qu'on leur attribue généralement.

Il rapporte ensuite l'opinion de quelques auteurs, de M. Grisolle, entre autres, qui combat de la manière la plus violente les injections dans le péritoine au point de dire que ce serait un crime que de répéter encore ces tentatives après les accidents funestes qui en ont été le résultat. Après cela, dit-il, il fallait avoir une conviction bien profonde pour se déterminer à recourir encore à ce moyen.

L'auteur esquisse ensuite l'historique des injections irritantes dans les grandes cavités closes; il signale les tentatives qui ont été faites à ce sujet et les accidents qui en ont été la conséquence. Il fallait, dit-il, d'après M. Velpeau, faire naître dans les cavités closes affectées d'épanchement, une irritation qui soit toujours adhésive et qui ne devienne jamais purulente. La teinture d'iode étendue d'eau lui paraît remplir toutes ces conditions. Il détermine dans quelles proportions ce mélange doit être fait et il conseille d'y ajouter de l'iodure de potassium.

Il examine ensuite les effets des injections iodées dans les grandes cavités closes. Il prétend que ni la crainte d'une inflammation redoutable, ni celle de la gêne que les adhérences pourraient apporter au libre exercice des fonctions organiques ne doivent arrêter l'opérateur; ces adhérences s'effacent, et les cavités peuvent même se rétablir.

L'auteur parle ensuite des épanchements dans les grandes séreuses.

Ces épanchements se dissipent rarement spontanément, et l'art est souvent impuissant pour en débarrasser radicalement le malade, c'est pourquoi, dit-il, il a songé à recourir aux injections d'iode.

L'auteur examine ensuite la nature des liquides épanchés. Il donne quelques-uns de leurs caractères physiques et chimiques.

Puis il passe au traitement de l'hydrothorax.

Après quelques considérations sur les dénominations appliquées à la maladie qui nous occupe et à l'opération destinée à y remédier; l'auteur expose que malgré la recommandation des plus grandes autorités médicales des temps anciens, cette opération n'est, de nos jours, employée qu'exceptionnellement.

L'auteur conseille d'opérer le plus hâtivement possible, c'est-à-dire avant que le mal n'ait désorganisé les tissus et rendu en quelque sorte le succès impossible.

Il combat ensuite la crainte que l'on a de l'entrée de l'air dans la poitrine. Il cherche aussi à démontrer que l'opération de l'empyème n'est pas aussi grave que ses adversaires le prétendent.

Suivent des observations à l'appui de ce que l'auteur avance.

La 1re est empruntée au citoyen Miot et date de l'an VIII de la république française.

La 2e est empruntée au chirurgien Mireau et date de 1808.

La 3e appartient à MM. Garreau et Legonest, médecin et chirurgien de l'hôpital de Milianha.

La 4e observation appartient à l'auteur. Les injections iodées ont été employées avec succès.

L'auteur finit ce chapitre en proposant les injections d'iode dans le traitement de l'hydrothorax, après que les autres moyens ont échoué.

Le chapitre suivant est intitulé : *Du traitement de l'ascite par les injections iodées.*

L'auteur revendique de nouveau l'honneur d'avoir le premier fait usage de ce moyen. Puis il définit l'ascite essentielle; parle des boissons, des diurétiques, des purgatifs, de diverses médications destinées à produire l'évacuation du liquide épanché. Il arrive aux injections irritantes dont il dit quelques mots.

L'auteur rapporte qu'il a pratiqué 17 fois des injections dans le péritoine pour remédier à l'ascite. Sur 16, il a obtenu 9 guérisons et 7 insuccès. Il relate quelques observations d'insuccès, mais elles tendent à démontrer le peu de danger des injections iodées.

Il fait suivre ces faits de quelques réflexions pour affirmer l'innocuité des injections iodées dans le péritoine.

Enfin, l'auteur termine son travail par deux observations de guérison de l'ascite par l'injection iodée. Telle est l'analyse du travail renvoyé à notre examen.

Comme vous le voyez, Messieurs, le sujet que M. Leriche a entrepris de traiter est d'une bien grande importance et présente un intérêt pratique réel. Malheureusement l'auteur s'est contenté d'ébaucher les différents points sur lesquels porte son argumentation; il se renferme presque toujours dans des généralités qui ne sont même pas exposées dans un ordre logique convenable ; il y a aussi beaucoup de superfluité dans ce travail. Nous n'entreprendrons donc pas de soumettre à un examen critique ou contradictoire les opinions de l'auteur, ce serait une œuvre laborieuse et sans profit pour la science, attendu que notre savant correspondant, M. le docteur Payan, d'Aix, a exposé, dans un travail aussi lucide qu'intéressant, inséré dans notre Recueil, l'état de la science sur ce sujet.

A cause de cette dernière circonstance, nous ne croyons pas que le travail que nous venons d'examiner puisse être inséré dans notre journal tel qu'il est rédigé.

En conséquence, nous vous proposons de le renvoyer au comité de publication et d'adresser des remerciments à l'auteur.

En considérant que c'est un ancien praticien dont le nom est attaché à l'introduction dans la pratique des injections iodées pour la cure radicale de l'ascite essentielle, nous vous proposons d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Henriette. D'après le rapport de M. Bougard, il semble que pour M. Leriche les lésions du péritoine soient sans importance. Je crois, au contraire, que ce sont des lésions excessivement graves, et que, dans tous les cas, on doit tâcher d'éviter de les produire.

M. Bougard. M. Leriche appuie principalement son opinion sur deux ordres de cas. Ce sont d'abord les lésions traumatiques, qui occasionnent bien moins souvent qu'on ne le pense des accidents mortels. Ce sont ensuite les opérations de hernie étranglée, dans lesquelles le péritoine est lésé : elles sont loin d'être rares, et pourtant les accidents inflammatoires graves ne sont pas fréquents.

M. Joly. Si j'ai bien compris, M. Leriche injecte de l'iode dans la cavité abdominale pour guérir l'ascite. Cette méthode a déjà été employée en Belgique par M. Rul-Ogez. Je vous dirai que je ne l'ai jamais employée dans ce cas; mais j'y ai eu recours dans les hydarthroses, surtout dans celles du genou, et j'ai été loin de m'en féliciter. Un jour même j'ai vu des accidents formidables se déclarer à la suite de l'injection de teinture d'iode dans un hygroma. Une autre fois, ayant opéré dans un cas d'hydarthrose, j'ai vu survenir un érysipèle phlegmoneux qui a nécessité de nombreux débridements; la vie du malade a été gravement compromise ; et, s'il a échappé, c'est en quelque sorte par miracle. Toute la cuisse avait été envahie par une inflammation qui avait fait tomber le tissu cellulaire en sphacèle. Une autre fois, chez un sujet lymphatique, je fis encore une injection de teinture d'iode dans l'articulation, et cette fois sans accidents : l'iode se résorba, et, la compression et l'immobilité aidant, le malade guérit. Ce cas m'enhardit à répéter l'essai de cette méthode dans l'hydarthrose; mais employé dans l'abdomen, je ne comprends pas qu'elle ne détermine pas une péritonite formidable. Sans doute les praticiens qui la préconisent rapportent des faits, et contre les faits il n'y a rien à dire. Mais il m'en faudrait beaucoup pour oser suivre ces praticiens dans cette voie.

M. Perkins. La plupart du temps l'ascite est un état symptomatique, et non une maladie. Si l'on cherche à se débarrasser du liquide qui se trouve dans la cavité, c'est plutôt pour remédier à la pression,

à la distension produite par le liquide, et pour laisser aux médicaments le temps d'agir. Mais par la ponction on ne fait qu'enlever un symptôme, et non le mal lui-même, et par l'injection iodée, si elle réussit, on ne fera pas davantage, on ne guérira pas. On a parlé d'ascite idiopathique; mais qu'est-ce? Où cela existe-t-il? Il m'est arrivé plusieurs fois de voir l'ascite ne plus se reproduire à la suite de la ponction, et pourtant même dans ce cas je ne regarde pas celle-ci comme remède de la maladie : je sais fort bien que l'ascite n'est qu'un symptôme d'une maladie d'un organe important, du foie, du cœur, etc.

M. Bougard. Sans doute l'ascite est la plupart du temps symptomatique. Cependant il existe aussi une ascite idiopathique, comme il y a dans les séreuses autres que le péritoine des hydropisies idiopathiques, dans la plèvre, dans les synoviales articulaires. Le raisonnement, comme l'expérience, nous oblige à l'admettre. Eh bien! quand dans ces cas on a tout essayé en vain, quand on a usé inutilement tout l'arsenal de la thérapeutique, on peut employer ce moyen. Du reste, déjà plusieurs praticiens l'ont employé avec succès; tels sont, indépendamment de M. Leriche, MM. Dieulafoy, de Toulouse et Rul-Ogez, d'Anvers.

M. Perkins. Cette ascite idiopathique peut-elle entraîner la mort, et légitimer ainsi l'emploi d'un moyen extrême?

M. Bougard. Les malades s'épuisent à la longue; cette affection résiste à tous les agents thérapeutiques, et ils tombent dans le marasme. Dans ces cas, il faut y remédier à tout prix, et je pense qu'on peut, qu'on doit même essayer les injections iodées.

M. Crocq. Comme M. Bougard l'a fort bien dit, nous ne pouvons pas nous refuser à admettre l'existence de l'ascite idiopathique. C'est sans doute une maladie rare; mais elle existe, et on en rencontre par-ci par-là un cas. Je ne puis mieux comparer cette maladie qu'à l'hygroma ou à l'hydarthrose. Comme ces dernières, elle reconnaît pour cause une congestion de la séreuse, avec exsudation surabondante du sérum du sang qui s'amasse en formant collection. Cette comparaison est d'autant plus utile qu'elle me servira à fixer l'état anatomique du péritoine dans l'ascite idiopathique. En effet, il est très-difficile de constater celui-ci directement, et pour ma part je n'en ai jamais eu l'occasion. Il n'est pas bien rare, au contraire, de trouver à constater l'état des séreuses dans l'hydarthrose et l'hygroma. Ceci est très-important, car nous devons toujours tâcher de fixer l'état anatomique des organes malades; d'y rattacher l'action des agents thérapeutiques, et d'en déduire leurs indications.

Dans ces affections, lorsqu'elles ont duré un certain temps, on trouve la séreuse épaissie, devenue opaque, souvent tapissée par des productions pseudo-membraneuses organisées, offrant des formes diverses. La séreuse ainsi modifiée a perdu de sa sensibilité, et l'on peut y injecter de la teinture d'iode même pure, sans redouter d'accidents. J'ai injecté bien souvent de la teinture d'iode pure dans les articulations les plus importantes, même dans celle de la hanche, sans avoir à m'en repentir. C'était dans des cas de tumeurs blanches, dans lesquels la séreuse est toujours épaissie et tapissée de fausses membranes. Dans les simples hydropisies, la même pratique peut être suivie, dès que la séreuse offre les mêmes conditions anatomiques. Encore en ce moment, je traite un hygroma sus-rotulien dans lequel le toucher et l'exploration, au moyen de la canule du trocart, m'ont permis de constater un épaississement de la séreuse et l'existence de fausses membranes inégales et rugueuses. Appuyé de ce fait, j'y injectai d'emblée de la teinture d'iode pure; elle ne me procura pas même une inflammation suffisante pour amener la guérison.

Dans l'ascite, l'état anatomique du péritoine est le même : il est épaissi et tapissé de fausses membranes organisées, dès que l'affection a duré un certain temps. Lorsque cet état anatomique existe, on pourra, sans crainte d'accidents graves, injecter de la teinture d'iode; et c'est à lui que j'attribue l'innocuité de cette médication dans les cas cités par M. Leriche. — Il résulte de là, qu'il faut la tenter seulement lorsque l'affection a duré assez longtemps pour permettre à ces conditions de s'établir, et que pendant ce temps il faut essayer les autres moyens proposés.

M. Joly. Les observations que vient de présenter M. Crocq sont basées sur la physiologie; incontestablement il y a des modifications subies par les tissus, qui changent leur susceptibilité. Mais les malades qui viennent à l'hôpital atteints d'affections articulaires, les portent toujours depuis longtemps, et par conséquent ces modifications devraient exister. Or, c'est dans des cas pareils que j'ai expérimenté, et deux fois j'ai réussi, deux fois j'ai échoué, j'ai même eu, je le répète, des accidents graves à déplorer. Quant aux injections dans l'abdomen, je me de-

mande si l'on n'a pas pris pour une ascite des kystes de l'ovaire sans communication avec le péritoine ?

M. Chocq. Il est une condition à observer quand on injecte la teinture d'iode dans les cavités articulaires : c'est d'éviter avec soin l'entrée de l'air. C'est peut-être à cela que je dois l'absence d'accidents dans les cas que j'ai opérés de cette façon.

M. Joly. Les cas dont j'ai parlé ont été opérés par la méthode sous-cutanée ; j'ai fait attention à ne pas laisser pénétrer l'air.

M. Dieudonné. M. Teissier, de Lyon, a modifié le procédé ; il laisse une partie du liquide primitif dans la cavité pour affaiblir l'action de la teinture d'iode, et éviter ainsi tous les accidents. Il paraît que, employées de cette façon, les injections ne sont pas moins efficaces, et qu'elles n'exposent à aucun accident.

Les conclusions du rapport de M. Bougard sont mises aux voix et adoptées.

M. Leroy lit le rapport suivant sur deux notes présentées par M. Gripekoven :

Messieurs,

Dans une des dernières séances, notre collègue M. Gripekoven vous a remis deux notes, l'une intitulée : *Observations pratiques sur la préparation de l'iodure de potassium;* l'autre, *Moyen chimique de distinguer le vrai quinquina royal du quinquina jaune et de toutes les autres espèces de quinquina.* Vous avez chargé M. Van den Corput et moi de les examiner, nous venons aujourd'hui vous faire connaître ce qu'elles renferment.

Dans la première note, notre collègue commence par nous avertir que l'iodure de plomb qu'il avait trouvé dans l'iode anglais dont il avait annoncé la présence deux mois auparavant à la Société, et qui lui avait donné à penser qu'il avait fait une découverte intéressante, se réduisait à la quantité de dix grammes sur 5,500 grammes, quantité évidemment trop minime pour croire que cet iodure avait été introduit dans la masse dans un but de fraude.

Ce résultat est cause que notre collègue s'est trouvé obligé de modifier le titre du travail qu'il se proposait de remettre à la Société, et qui était intitulé : *De l'existence de l'iodure de plomb dans l'iode du commerce provenant d'Angleterre.*

« Du reste, dit M. Gripekoven, après » les aveux de MM. Acar et Chevallier, » qu'on a trouvé dans l'iode jusqu'à 40 » substances étrangères, entre lesquelles » figure même le sulfure de plomb, on » peut s'attendre à tout, et on ne doit » cesser de rester en garde contre la » fraude. »

Après ces considérations, l'auteur dit avoir rencontré dans la masse de 5,500 grammes de l'iode rappelé plus haut, outre l'iodure de plomb, 210 grammes de chlorure de calcium, 110 grammes d'oxyde de fer, et une quantité non déterminée de chlorure d'iode, en tout 6 p. c. de matières étrangères.

Cependant, dit-il, je saisirai cette occasion pour vous présenter quelques réflexions que m'ont suggérées la préparation de l'iodure de potassium à laquelle je me suis souvent livré.

Personne, dit l'auteur, n'a sérieusement douté que l'iode, dit français, ne mérite la préférence sur l'iode dit anglais, qui est toujours souillé par des matières étrangères, et cependant c'est ce dernier qui est préféré pour la fabrication de l'iodure de potassium, à cause de son prix peu élevé.

S'il est vrai, ainsi que nous le rapporte M. Gripekoven, que les fabricants d'iodure de potassium donnent la préférence à l'iode anglais sur l'iode français, malgré son rendement plus fort, c'est que le prix de l'iode anglais permet encore de réaliser de plus grands bénéfices ; car toute question, pour le fabricant, sera réduite à celle du prix de revient.

L'iode anglais qui a quelquefois contenu jusqu'à 25 p. c. d'eau, outre les matières étrangères, se rencontre maintenant, dit M. Gripekoven, moins impur dans le commerce, puisque la perte, dit-il, n'est plus que de 5 à 6 p. c. En revanche, l'iode français dont la pureté était proverbiale n'est pas exempt d'impureté, et notre collègue en possède, qu'il soumet à la Société, et qui est souillé par du chlorure de calcium.

Ce sont surtout les chlorures, dit notre collègue, qui sont les plus gênants dans la préparation de l'iodure de potassium ; il devient, dit-il, presque impossible de s'en débarrasser plus tard. Aussi propose-t-il, pour les éviter, de laver l'iode au préalable par l'eau.

Nous ne voyons pas là grande difficulté qu'offre la présence des chlorures de calcium et de potassium lors de la préparation de l'iodure. La différence de solubilité dans l'eau d'abord, et dans l'alcool ensuite, permet d'isoler ces sels avec facilité. Si de l'iodure de potassium contient, à l'état de mélange, du chlorure de potassium et de calcium, en traitant cet iodure par l'eau à 18° de température, une partie et demi d'iodure se dissolvant dans une partie d'eau, est déjà un moyen pour éli-

miner une bonne partie du chlorure de potassium; quant au chlorure de calcium, il reste dans les eaux-mères. Ce moyen est mis tous les jours en pratique. A la rigueur, l'alcool peut être mis en usage, l'iodure de potassium y étant soluble, tandis que le chlorure y est presque insoluble.

Notre collègue entre ensuite dans quelques détails pratiques pour découvrir dans l'iode la présence des sels de plomb, de fer, etc., qui sont ordinairement employés en pareil cas.

Il est un moyen qu'il expose pour constater la quantité réelle d'une substance fixe, comme certains oxydes métalliques par exemple, lorsqu'il s'agit de doser l'iode en grand. C'est en faisant usage du charbon végétal avec lequel il calcine l'iodure de potassium obtenu par la potasse caustique; le résidu du charbon, par son excédent, lui donne, dit-il, la quantité de matière étrangère fixe.

Nous ne comprenons pas très-bien cette partie du mémoire, qui demande d'être mieux exposée. Et jusqu'à ce que la supériorité de ce moyen nous soit parfaitement démontrée, nous le considérons comme moins positif que ceux que l'on met d'habitude en usage, qui sont la sublimation, l'action de l'alcool ou la combinaison. Ces trois moyens suffisent dans tous les cas, pour reconnaître avec une précision rigoureuse la nature de l'iode que l'on examine.

Deux écueils, dit notre collègue, doivent être évités dans la préparation de l'iodure de potassium. Ce sont :

1° Un grand excès d'alcali.

2° La présence de l'acide iodique.

L'iodure de potassium venant d'Allemagne et de France nous arrive ordinairement avec excès d'alcali, tandis que celui qui nous vient d'Angleterre contient de l'iodate.

M. Gripekoven donne les moyens connus pour éliminer l'un et l'autre, mais il en est un qui est mis en pratique pour détruire plus sûrement l'iodate de potasse contenu dans l'iodure que par la fusion : c'est l'emploi de l'acide sulfhydrique. De l'aveu de l'auteur, la fusion manque souvent son effet. Par l'acide sulfhydrique, on sait que tout l'iodate est décomposé quand le soufre cesse de se déposer.

Nous avons l'honneur de vous proposer l'insertion de ce travail dans le *Journal* de la Société.

Dans la séance du mois d'août dernier, notre collègue a communiqué à la Société son second travail, intitulé: *Moyen chimique de distinguer le vrai quinquina royal du quinquina jaune et de toutes les autres espèces de quinquina.*

Dans ce travail, il propose d'appliquer un moyen journellement employé pour reconnaître la présence de la cinchonine dans le sulfate de quinine du commerce : c'est l'emploi de l'éther sulfurique.

Ce moyen serait mis en pratique comme il l'est pour s'assurer de la pureté du sulfate de quinine, si effectivement le quinquina jaune royal, comme le croit notre collègue, était exempt de cinchonine.

MM. Pelletier et Caventou avaient pensé d'abord que les quinquinas gris ne contenaient que de la cinchonine et les quinquinas calisaya seulement de la quinine; mais on n'a pas tardé à reconnaître que les deux alcaloïdes existent également dans les différents quinquinas officinaux, avec cette seule différence que les quinquinas gris ne contiennent ordinairement que peu de cinchonine, et encore moins de quinine, tandis que le calisaya contient beaucoup de quinine et peu de cinchonine. (Guibourt, *Histoire naturelle des drogues*, édition de 1850).

D'après la déclaration que nous venons d'avoir l'honneur de vous reproduire, le moyen proposé par notre collègue, s'il était mis en pratique, aurait pour résultat de faire rejeter un quinquina de bonne qualité. Nous avons l'honneur de vous proposer de déposer ce deuxième travail aux Archives, et d'adresser des remercîments à notre collègue pour sa communication.

M. Gripekoven. M. Leroy a raison pour le moment actuel relativement à l'iode, parce que la différence de prix entre l'iode anglais et l'iode français est de 60 francs, mais habituellement elle n'est que de 10 francs. Quoi qu'il en dise, je persiste à préférer le lavage pour écarter les chlorures..... On ne peut pas faire un essai au moyen de petites quantités, parce que le mélange peut n'être pas homogène dans toutes ses parties.

M. Van den Corput. La cause d'erreurs que vous alléguez comme existant dans les essais sur de petites quantités ne subsiste pas moins pour vos très-longs et coûteux essais sur d'énormes masses, puisque, ainsi que vous le faites remarquer vous-même, les matières métalliques qui peuvent souiller l'iode se rassemblent, en vertu de leur pesanteur plus grande, vers la partie inférieure. Le défaut d'homogénéité peut donc également être invoqué. Chacun sait du reste que la première condition dans l'essai de toute substance est bien moins d'agir sur une masse que sur une portion qui, prise en différentes parties,

représente aussi exactement que possible la composition globale du mélange. Du reste, tous les charbons ne donnent pas la même quantité de cendres ; leur proportion et leur qualité varient suivant l'essence de bois dont ils proviennent. On ne peut donc pas asseoir sur ce procédé un jugement rigoureux.

M. Gripekoven. La variation dans la quantité de cendres laissée par le charbon n'atteint jamais 2 pour 100 : or, j'ai laissé une fluctuation de 2 pour 100. Si donc on trouve un résidu double ou triple, comme cela arrive dans ces essais, on peut en tirer une conclusion.

M. Van den Corput. Dans tous les cas, il importait de déterminer au moins l'espèce végétale de laquelle provient le charbon employé, car tandis que les charbons de peuplier, d'érable et de fusain ne laissent qu'environ 1 p. 100 de cendres, le charbon de tremble en donne 3 p. 100. — La méthode ordinaire me paraît d'ailleurs infiniment plus simple.

M. Gripekoven. Oui, mais elle n'est pas applicable en grand, elle n'est pas applicable à des essais comme ceux que je recommande. Quant à ce que j'ai dit des quinquinas, je ferai remarquer à M. Leroy que les 9/10 des quinquinas jaunes débités à Bruxelles n'en sont pas.

M. Leroy. C'est vrai ; mais tous les quinquinas du commerce renferment de la cinchonine ; dans les meilleurs on en trouve des traces. Si donc on devait rejeter tous les quinquinas qui en contiennent, on les rejetterait tous. D'après les travaux de Pelletier et Caventou, ils ne renfermeraient que de la quinine ; mais plus tard, d'autres chimistes ont trouvé dans tous de la cinchonine, quoique en quantité minime. On ne peut donc les rejeter pour cette raison.

M. Gripekoven. Mais je n'en ai pas rencontré des traces dans ceux que j'ai examinés.

M. Leroy. C'est pourtant ce que vous avez dit dans votre mémoire. Or, on ne niera pas que tout quinquina, même le quinquina royal, ne puisse renfermer de la cinchonine. Ceci dépend de l'âge de l'écorce et d'une foule d'autres circonstances trop longues à énumérer. Du reste, le moyen proposé par notre collègue n'est pas nouveau, il a été employé il y a une vingtaine d'années, mais on ne l'a pas appliqué, parce que, je le répète, il aurait conduit à rejeter les meilleurs quinquinas.

M. Gripekoven. Pardon, M. Leroy, ce moyen n'est pas nouveau pour l'essai de la quinine et de la cinchonine ; mais il est nouveau pour l'essai des quinquinas.

M. Van den Corput. Je crois que M. Gripekoven est dans l'erreur : ce moyen est énoncé tout au long dans les commentaires de Mohr sur la pharmacopée de Prusse. D'ailleurs, ce procédé, que Mohr a présenté sans lui accorder une grande valeur, pourrait faire admettre parmi les bons quinquinas les *faux quinquinas* de Cusco et d'Arica, qui ne renferment que cette modification de la quinine à laquelle Pelletier et Corriol ont donné le nom d'aricine, celle-ci étant également soluble dans l'éther, et par conséquent vous les regarderiez comme de bonne qualité.

M. Leroy. Du reste, M. Gripekoven doit trouver toute satisfaction dans mon rapport. J'ai donné l'esprit de son mémoire, et tout le monde, en le lisant, saura qu'il a proposé ce moyen, qu'il soit bon ou mauvais.

M. Van den Corput. Je préfère au procédé que vient d'indiquer M. Gripekoven, celui tout aussi simple mais beaucoup plus exact du collége d'Édimbourg. Il consiste à précipiter le quinate de chaux par le sulfate sodique ; la proportion de la chaux est, comme l'ont confirmé toutes les analyses, en rapport direct avec celle de la quinine, au moins pour les quinquinas jaunes ; elle peut par conséquent, dans ces cas, permettre de conclure à des résultats quinométriques très-positifs.

Les conclusions du rapport de M. Leroy sont mises aux voix. Celles relatives à la note sur les falsifications de l'iode sont adoptées ; quant à celles relatives aux moyens de constater la falsification du quinquina royal, la Société en autorise l'impression dans son Journal. — Elle décide ensuite l'impression du rapport de M. Leroy.

M. Joly, tant en son nom qu'en celui de M. Crocq, donne lecture du rapport suivant sur un travail de M. le docteur Philipeaux, membre correspondant à Lyon.

Messieurs,

M. le docteur Philipeaux, ex-chirurgien interne des hôpitaux civils de Lyon, vous a présenté un mémoire intitulé : *De la rupture de l'ankylose et de sa combinaison avec les sections sous-cutanées.*

L'auteur de ce travail, qui est sans doute un élève de M. le professeur Bonnet, de Lyon, débute par nous rappeler que son honorable maître vient de publier un *Traité de thérapeutique des maladies articulaires;* et supposant que cet ouvrage nous est encore inconnu, il croit utile de nous en présenter une analyse succincte afin de mieux nous faire apprécier

les travaux du savant professeur Bonnet et de nous initier à sa méthode de traitement des ankyloses.

La supposition de l'honorable auteur du travail que nous sommes chargés d'analyser, ferait croire qu'en Belgique le corps médical est encore bien en arrière, et ignore les travaux des médecins étrangers recommandables par leurs œuvres ou par le mérite de leur enseignement; nous saisirons cette occasion, Messieurs, pour rappeler au monde médical qu'en Belgique la grande majorité des médecins s'intéresse vivement aux progrès de la science qu'ils cultivent avec ardeur, et que rien de ce qui se produit d'utile et de savant chez nos voisins, ne leur est ignoré. C'est assez dire que l'intéressant ouvrage de M. Bonnet fut connu en Belgique dès son apparition, et qu'il se trouve aujourd'hui entre les mains d'un grand nombre de praticiens.

Cette parenthèse fermée, revenons au mémoire du docteur Philipeaux.

La méthode de traitement adoptée par le professeur Bonnet est nouvelle et efficace, elle n'a pas encore complétement cours dans la pratique, dit le docteur Philipeaux, et, c'est afin de la propager et de montrer sa supériorité sur toutes les autres qu'il se propose de nous donner un aperçu du livre de M. Bonnet et de publier un nouveau fait pratique qui en révèle une des plus heureuses applications.

Dans son exposé sommaire du Traité de thérapeutique du professeur Bonnet, le docteur Philipeaux commence par rappeler que ce fut Louvrier, directeur d'un établissement orthopédique dans le Doubs, qui remit en pratique la rupture des ankyloses, à l'aide d'une puissante machine à extension, qui rompait instantanément les moyens d'attache et rendait ainsi à l'articulation son mouvement perdu depuis longtemps.

Nous nous rappelons encore très-bien le bruit que fit dans le monde médical le procédé hardi de M. Louvrier; pendant quelque temps l'écho ne rendit compte que de ses succès, mais bientôt des accidents graves, une série de revers firent abandonner le procédé qui avait un moment séduit les praticiens; et le professeur Bérard fit à l'Académie de médecine un rapport très-défavorable sur la machine de Louvrier qui retomba dans l'oubli.

M. Philipeaux rappelle ensuite les travaux de Dieffenbach, qui combina la section des tendons musculaires avec la rupture forcée des adhérences, en pliant la jambe sur la cuisse, et en ne redressant le membre qu'après avoir obtenu la mobilité du tibia et de la rotule sur le fémur; — puis ceux de Palasciano, de Naples, qui pratiqua la section sous-cutanée des tendons des muscles fléchisseurs, celle des muscles biceps et triceps et de l'aponévrose fémorale externe, suivie de la flexion de la jambe, comme moyen de rompre l'ankylose.

C'est en 1847 que le professeur Bonnet vit pratiquer ces opérations par le docteur Palasciano, et bientôt le chirurgien de Lyon, utilisant l'expérience qu'il venait d'acquérir, mit en pratique la méthode du praticien de Naples, et chercha à la perfectionner par l'emploi des appareils mécaniques dont son génie inventif enrichit l'arsenal chirurgical; mais ici surgit une différence dans les procédés employés par ces deux opérateurs. Palasciano pique la peau du côté du jarret et coupe muscles et tendons d'arrière en avant; Bonnet agit contrairement à ce procédé, et coupe les tendons et les muscles d'avant en arrière, c'est ce qu'il appelle le procédé antéro-postérieur. Ce procédé aurait, d'après M. Philipeaux, l'avantage de prévenir sûrement les abcès, ainsi que la lésion du nerf poplité externe, toujours à craindre lorsqu'on pique la peau du côté du jarret. Il décrit ensuite le mode opératoire adopté par M. le professeur Bonnet, que vous pourrez lire dans son travail. Outre la crainte de couper les nerfs poplités, ce qui parait avoir particulièrement préoccupé le professeur Bonnet, c'est d'obtenir par ce procédé un long canal sous-cutané entre la piqûre de la peau et la section des muscles, pour mieux éviter l'entrée de l'air et les inflammations phlegmoneuses qui en sont si souvent la conséquence. Nous ne pouvons que louer le praticien éminent de Lyon, des idées rationnelles de sa thérapeutique, basées sur une sage expérience.

Je crois inutile, Messieurs, de suivre le docteur Philipeaux dans l'exposé de la méthode du professeur Bonnet, chacun de vous, s'il n'en a déjà pris connaissance par la lecture du *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* de cet habile praticien, en retrouvera un extrait dans le mémoire que je suis chargé d'analyser. Toutefois, je ne puis passer sous silence un sage précepte du professeur Bonnet, et qui, à lui seul, établit une différence marquée entre les procédés primitifs employés pour la rupture des ankyloses, et ceux que l'observation a fait naître aujourd'hui. Lorsque Louvrier s'occupa de rompre les ankyloses par sa puissante mécanique, il ramenait violemment dans

l'extension le membre qui s'était soudé à angle plus ou moins aigu, et lorsque, par sa force extensive, la machine était parvenue à rompre tous les moyens d'attache, et à ramener le membre dans l'extension, on le maintenait immédiatement dans cette position en le couchant dans des gouttières droites. La violence des douleurs, les déchirures des muscles, des tendons, des aponévroses et des ligaments articulaires, étaient suivies souvent d'une luxation du tibia en arrière, et toujours d'une violente inflammation, que l'extension forcée et immédiate du membre venait encore aggraver. Aujourd'hui Palasciano, Bonnet, Duval et tous les praticiens expérimentés qui ont opéré le redressement des membres ankylosés, en combinant les sections sous-cutanées avec les forces de flexion et d'extension alternatives du membre, par les seules forces musculaires de l'opérateur, bien plus intelligentes que la force brutale des mécaniques; tous, dis-je, ont remarqué et érigé en préceptes, qu'après l'opération il fallait replacer le membre dans un appareil quelconque, mais au degré de flexion qu'il avait avant la rupture de l'ankylose, jusqu'à ce que les douleurs et l'inflammation se soient calmées. Pour atteindre ce but, M. Bonnet a imaginé et fait confectionner un grand nombre d'appareils très-ingénieux, les uns fixes, les autres articulés et mobiles, ceux-ci permettant au malade de se livrer à quelques mouvements et d'imprimer graduellement à l'articulation une certaine étendue de jeu. Aussitôt que la rectitude du membre est à peu près obtenue, il cherche à lui rendre l'exercice de ses fonctions perdues; ainsi, s'il s'agit du membre inférieur, il permet au malade de marcher à l'aide de béquilles, le membre étant soutenu et entouré par un tuteur et un cuissard articulé, avec une sorte de jambe artificielle en cuir de vache. Ce tuteur, dit M. Philipeaux dans son mémoire, *peut être remplacé par un appareil amidonné comme l'exécute si artistement son inventeur, M. le professeur Seutin, de Bruxelles.*

Les appareils de M. Bonnet sont sans contredit très-ingénieux; ils révèlent chez leur auteur une profonde connaissance du mécanisme des articulations et des indications à remplir après les opérations dont il vient d'être parlé. Mais ces appareils sont dispendieux, difficiles à construire et il en faut un grand nombre, variés de formes, de largeur et de hauteur, selon les divers malades auxquels il faudra les appliquer. Si ces appareils ont certaines qualités, ils ont aussi des défauts graves dont M. Bonnet lui-même convient dans son ouvrage, quand il dit, *qu'ils* (*ses appareils*) *ont l'inconvénient de ne pouvoir être construits par le chirurgien lui-même comme le bandage amidonné. Ces gouttières exigent, pour leur confection, un moule en bois de même forme et de même dimension que le membre malade, et sur lequel on fait sécher le cuir de vache qui sert à les construire*, sans compter le concours du mécanicien intelligent, pour bien confectionner les ferrures de ces appareils. En présence de ces difficultés, insurmontables dans bien des localités, et souvent au-dessus des ressources pécuniaires du malade, on doit reconnaître que ces appareils ingénieux ne pourront se trouver que dans quelques hôpitaux de premier ordre, ou chez certains malades assez fortunés pour en faire les frais.

En regard de ces difficultés positives, que l'on compare la facilité de se procurer partout, presque sans frais, les éléments pour confectionner un appareil amidonné, qui remplira le même but, de l'aveu de M. Philipeaux et de M. Bonnet lui-même, et qui, au dire de ce professeur, n'aurait que l'inconvénient « *d'être pesant, d'une usure prompte, et de ne pouvoir être porté commodément avec les chaussures ordinaires.* » Ces objections ne sont pas assez sérieuses pour nous y arrêter, et je suis convaincu que l'honorable professeur Bonnet, mieux instruit par l'expérience de l'appareil amidonné, que l'on peut façonner de manière à répondre à toutes les variétés et à toutes les exigences de la pratique, modifiera son opinion, car nous avons une trop haute idée de son impartialité médicale.

Les tuteurs articulés dans le sens de la flexion du membre, ou les appareils articulés à flexion et extension, dus au génie du professeur de Lyon, sont des appareils compliqués, d'une exécution difficile et coûteuse, et dont l'appareil amidonné, modifié selon les circonstances voulues, remplira parfaitement le but. Ainsi veut-on, après quelques jours de repos accordé au membre malade dont on vient de rompre l'ankylose, lui rendre graduellement le mouvement comme l'indique justement M. Bonnet, on emprisonnera l'extrémité dans un appareil amidonné semblable à celui que nous employons pour la fracture du fémur, avec cette différence que l'attelle postérieure sera brisée dans le creux poplité et que les attelles latérales, faites en zinc solide, présenteront une articulation sur les côtés du genou à l'aide d'un clou rivé. Ces attelles, entourées d'une bande amidonnée (sauf au genou), donne-

réunit tout à la fois au bandage la solidité désirable avec la possibilité de faire exécuter au genou certains mouvements de flexion, que le malade pourra lui imprimer en levant la jambe avec la bande suspensive que nous avons l'habitude de lui fixer au pied, tant pour suspendre le membre malade pendant la marche, que pour lui permettre de le déplacer en tous sens. Un appareil de ce genre, d'une exécution facile, d'un prix insignifiant, que tout chirurgien pourra confectionner partout où il se trouvera, ne remplira-t-il pas, sauf l'élégance et le brillant du mécanisme, toutes les indications auxquelles M. Bonnet veut satisfaire par ses ingénieux appareils ? Avec notre bandage modifié selon les circonstances voulues, le malade marchera à l'aide de béquilles d'abord, imprimera à sa jambe les mouvements de flexion et d'extension qu'il voudra avec sa bande suspensive, et réalisera ainsi commodément les conditions exigées par le professeur de Lyon, à savoir : « *de permettre au malade lui-même de faire exécuter à sa jambe des mouvements artificiels, sans secousses et sans produire de douleur, tout en harmonisant l'impulsion extérieure avec l'effort des muscles qui meuvent la jambe sur la cuisse.* »

En voyant cette quantité d'appareils, ingénieux il est vrai, dont certains chirurgiens embarrassent l'arsenal chirurgical déjà si encombré, on se rapelle les paroles de Mayor, dans son ouvrage sur les simplifications à introduire en chirurgie, et comme lui nous serions tentés de mettre en présence un partisan de la mécanique chirurgicale avec un praticien connaissant toutes les ressources d'un appareil amidonné. Ayant à traiter une affection donnée, une rupture d'ankylose par exemple, l'un ne pourrait le faire qu'à la condition d'être escorté par un fourgon renfermant ses mécaniques, tandis que l'autre, pris à l'improviste, trouverait facilement partout les éléments si simples pour confectionner un bandage amidonné dont la solidité et les modifications infinies répondent à toutes les exigences. Mais, pour bien apprécier la valeur et le mérite de cet appareil, il importe de bien le connaître et de l'appliquer conformément aux règles tracées par son auteur; et à cette occasion nous dirons ici, en passant, que M. le professeur Bonnet se trompe en décrivant dans son ouvrage l'appareil amidonné du professeur Seutin de la manière suivante : « M. Seutin place directement » sur le membre malade des coussins faits » avec du coton qu'il entoure de linge et » auxquels il donne plus d'épaisseur vis-» à-vis des parties osseuses, comme le bas » de la jambe ou de la cuisse. La solidité » est obtenue par des attelles de carton » que l'on place entre les coussins protec» teurs et le bandage amidonné propre» ment dit..... Ces attelles, enfin, sont en» duites de colle sur leurs deux faces, afin » qu'elles fassent corps en dedans avec les » coussins et en dehors avec le bandage » circulaire. »

Tous ceux qui sont au courant de la méthode et qui ont vu appliquer les appareils amidonnés, n'ignorent pas que nous commençons toujours par entourer le membre d'une bande non amidonnée, posée sur de petits coussins ou de l'ouate aux saillies osseuses et aux creux de l'extrémité. Puis, sur cette première enveloppe, se posent les attelles en carton enduites de colle et garnies de linge, et le tout est ensuite solidement maintenu par des bandes, cette fois, bien amidonnées.

Après avoir suivi M. Philipeaux dans l'exposé de la méthode du professeur Bonnet pour la rupture et le traitement de l'ankylose, il me reste à vous parler de l'observation qu'il apporte en preuve de l'efficacité des procédés du chirurgien de Lyon. Il s'agit d'une ankylose angulaire du genou droit, résultant d'une arthrite rhumatismale, survenue chez une dame de Jemmapes, près de Mons, âgée de 31 ans. Cette dame, douée d'une bonne constitution, fut atteinte, il y a douze ans, d'un rhumatisme qui, d'abord ambulant, finit par se fixer sur le genou droit. Quatre ans après le début de cette maladie, celle-ci fut encore aggravée par une chute qui détermina une violente arthrite et retint la malade au lit pendant plusieurs semaines; puis le genou se tuméfia, la jambe se fléchit et la malade ne put plus marcher sans béquilles.

On appliqua sur les côtés du genou des cautères potentiels, et plus tard une cautérisation transcurrente avec le cautère actuel.

L'affection résistant à ces moyens, cette dame se rendit à Lyon et se confia aux soins de M. Bonnet. On constata une forte flexion de la jambe sur la cuisse, avec un raccourcissement de 0,18 c.; l'articulation était encore susceptible de quelques mouvements, preuve que l'ankylose était fibreuse; les tendons étaient très-peu rétractés, ainsi que le faisceau aponévrotique du fascia-lata. M. Bonnet jugea ce cas très-favorable et résolut immédiatement de l'opérer.

Le 16 avril, la malade étant éthérisée, l'opérateur fit la section sus-rotulienne du muscle triceps crural, par son procédé

antéro-postérieur, et crut inutile de sectionner les tendons du jarret trop peu rétractés. Après cette section préalable, l'opérateur fléchit fortement la jambe sur la cuisse, rompit ainsi les adhérences de la rotule, du tibia, et, par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du membre, combinés avec des tractions énergiques, il parvint, au bout de dix minutes environ, au redressement presque complet du membre et à sa direction normale. Après cette opération, le genou fut plié autant qu'il l'était avant et placé dans l'appareil à redressement de M. Bonnet, dont nous avons parlé plus haut.

La tuméfaction, la douleur et la chaleur qui survinrent ensuite dans l'article, se dissipèrent par le seul bénéfice du repos. Sept jours après l'opération, on commença l'extension graduelle du membre au moyen de l'un des appareils mécaniques de M. Bonnet. Quelque faible et modérée que fût cette extension, la douleur qu'elle produisit obligea d'y renoncer pendant quelques jours. Douze jours après, on revint au moyen précédent, qui, cette fois, fut mieux supporté.

De la pléthore cérébrale, une irritation des voies digestives, etc., furent les incidents intercurrents qui troublèrent momentanément, mais sans danger, les suites de l'opération. Cependant, le 20 mai, on put remplacer l'appareil à redressement par le tuteur articulaire propre à permettre des mouvements de flexion et d'extension au genou opéré. La gouttière destinée au redressement de la jambe fut inutile ici, parce que l'appareil articulé dans lequel le membre avait été placé, suffisait pour opérer le redressement de l'extrémité.

Après huit jours de repos dans cet appareil, la malade put faire exécuter à sa jambe quelques mouvements d'extension et de flexion, en s'aidant d'une corde et d'une poulie; la douleur du genou disparut insensiblement; dans le courant du mois de juin, elle put entreprendre des courses en s'aidant d'une béquille, et le 28 de ce mois elle retourna à Jemmapes.

Voilà, Messieurs, le narré sommaire de l'observation que vous a communiquée M. Philipeaux. D'après son récit, vous avez pu vous convaincre que l'opérateur a eu affaire à une ankylose fibreuse ou incomplète, genre d'affection dans laquelle les ligaments, les tendons, les muscles et parfois le tissu cellulaire voisin ont subi des modifications plus ou moins profondes, un certain retrait qui immobilise en quelque sorte l'articulation. C'est ce genre d'ankylose que l'art peut faire espérer de guérir; c'est là, en effet, qu'en combinant la ténotomie sous-cutanée avec les efforts imprimés à l'articulation, on peut raisonnablement espérer de rendre à la jointure le jeu qu'elle avait perdu depuis plus ou moins longtemps. Mais quand l'ankylose est complète ou osseuse, nous pensons qu'il serait téméraire de la rompre, attendu que le résultat d'une semblable tentative serait bien plus fâcheux pour le malade que son infirmité actuelle.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

Que l'exposition de la méthode de M. le professeur Bonnet, de Lyon, qui vous a été présentée par M Philipeaux, et l'observation qui l'accompagne en corollaire, présentent un haut intérêt.

Que nous estimons que ce travail figurera avantageusement dans notre Journal et qu'il y a lieu de voter des remercîments à son auteur.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Henriette, au nom de MM. Joly et Crocq et au sien, donne lecture du rapport suivant sur l'observation relative à *un corps étranger du pharynx*, présentée par M. le docteur Koepl, chirurgien du roi.

Messieurs,

M. Koepl, que la plupart de vous connaissent pour l'avoir vu suivre les diverses cliniques qui se donnent dans nos hôpitaux, avec une assiduité telle, que l'amour de la science peut seul l'expliquer chez un homme dans sa position, vous a adressé un mémoire manuscrit intitulé : *Corps étrangers du pharynx ; extraction ; guérison.*

Frappé au coin de l'observation, ce travail, Messieurs, est composé de deux parties distinctes, dépendantes cependant l'une de l'autre, ou pour parler plus exactement, c'est le récit d'une observation propre à l'auteur, suivi de commentaires et de considérations générales sur les corps étrangers des voies de la respiration et de la déglutition.

Un jeune enfant, âgé de 25 mois, avala une pièce de deux centimes (un cents); personne n'avait été témoin de cette scène, et si ce n'eût été les signes que l'enfant faisait pour faire comprendre à sa mère l'acte qu'il venait de commettre, on aurait été très-probablement dans un grand embarras pour expliquer les quelques rares symptômes que M. Koepl a pu observer.

Ainsi, aucun trouble dans les mouvements de la langue, dans la phonation, la respiration et la circulation ; l'enfant boit des liquides, mais il se refuse à pren-

dre des aliments. Il porte la main au cou; il eut, durant les nuits qui suivirent et à plusieurs reprises, des accès de suffocation, mais sans toux. L'inspection de la gorge, le toucher, l'introduction d'un corps métallique, tel que des pinces courbes, n'aident en rien à asseoir un diagnostic rigoureux. Il n'y a que la difficulté que l'on rencontrait au même endroit à l'introduction de la sonde armée d'une éponge qui faisait croire à la présence de la pièce de monnaie dans le pharynx.

Cependant, notre confrère puisa dans la manifestation symptomatologique qui précède, les éléments d'une conviction profonde, qu'un corps étranger se trouvait arrêté dans le pharynx. Il agit donc en conséquence, à l'aide de la sonde à double crochet, que l'auteur attribue abusivement à Dupuytren, tandis que Graefe en est l'inventeur, et parvint à extraire le cents avec une dextérité remarquable.

Tel est, Messieurs, le récit succinct de l'observation que M. Koepl vous a présentée.

Il nous reste à vous dire quelques mots des réflexions dont l'auteur la fait suivre. Il est vrai que la tâche de votre rapporteur est singulièrement simplifiée par la lucidité, la netteté, la logique que l'auteur a apportées dans la rédaction de son œuvre. Celle-ci, toute d'observation, repose exclusivement sur la pratique. Rien de théorique, aucune déclamation vaine qui cache la plupart du temps la pauvreté de la thèse que l'on soutient ou que l'on raconte.

Nous n'avons donc pas à entamer de lutte scientifique, à renverser pour édifier, mais à voir si l'auteur, interprétant les faits qui se sont déroulés sous ses yeux, n'en a pas exagéré la valeur, ou amoindri la signification.

Cette réflexion nous est venue à la lecture de la phrase suivante : « Lorsqu'un corps étranger s'est arrêté pendant l'acte de la déglutition, il s'agit encore de savoir, s'il se trouve dans le canal alimentaire ou dans les voies aériennes. Rien dans les symptômes plus ou moins graves que peuvent offrir la respiration, la circulation ou le système nerveux, ne peut aider au diagnostic du siége du corps étranger dans l'une ou l'autre des deux voies. »

Nous nous sommes demandé si, comme le dit M. Koepl, les choses se passent réellement ainsi. Nous ne le croyons pas, l'auteur a trop généralisé suivant nous, et si nous devions nous prononcer sur cette question, nous partagerions un avis contraire au sien. C'est-à-dire que, selon nous, l'exagération des troubles fonctionnels se trouve être en rapport avec la présence du corps étranger lui-même. Ainsi, selon que les symptômes se révèlent avec plus d'intensité dans le système respiratoire plutôt que dans le système de la déglutition, nous avons par devers nous, sinon la certitude que le corps étranger s'est arrêté sur un des points de son étendue, du moins de très-fortes présomptions; réciproquement, si les accidents se manifestent avec plus de violence dans l'appareil de la digestion.

Nous reconnaissons toutefois, avec l'auteur du mémoire, que ces manifestations symptomatologiques ne sont pas tellement fixes, qu'elles ne puissent prêter quelquefois à l'erreur. Le tact du chirurgien, comme nous l'avons vu se dessiner dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, lèvera les doutes qui pourraient surgir.

M. Koepl, en parlant des maladies qu'il a eu occasion de voir par suite de l'introduction de corps étrangers, rapporte le cas d'un monsieur qui fut pris d'un accès de rire, et qui mourut subitement au moment où il avalait un morceau de viande.

Il n'entrait sans doute pas dans les intentions de l'auteur d'étudier toutes les questions qui se rattachent aux morts subites; celles, entre autres, dues à l'introduction de corps étrangers, dans les voies de la respiration. Cependant, sous le point de vue médico-légal, cette étude pouvait avoir un but réel d'utilité, celui d'éveiller l'attention des praticiens sur une cause de mort généralement peu connue, et qui, par cela même, est de nature à laisser se commettre des erreurs judiciaires toujours si regrettables. Permettez-moi de vous relater un fait que vous connaissez peut-être, mais que quelques lecteurs de notre recueil peuvent ignorer; il est extrait des journaux de médecine de l'Angleterre.

« Le 2 mars 1850, le docteur Wakley fut requis par la justice à l'effet de visiter le corps de William Vost. Le décédé s'était marié la veille, et en revenant de l'église, il s'était pris de querelle avec son beau-fils. Une bataille s'en suivit, mais les champions furent séparés par un ami commun, du nom de Pope, chez lequel devait avoir lieu le dîner de noces. On se mit à table bientôt après; mais tout à coup Vost se releva brusquement, puis roula à terre. Pope le releva aussitôt, mais la mort fut presque instantanée, et on ne put lui porter aucun secours. . . . .

» Les magistrats durent croire à l'existence d'un meurtre, et ordonnèrent l'autopsie du corps. On trouva le cerveau

gorgé de sang, et l'on conclut que la mort était due à une congestion cérébrale; mais une nouvelle enquête réforma ce jugement. Le docteur Jenning, examinant avec soin, découvrit dans le gosier un volumineux morceau de viande qui bouchait complétement la trachée, et avait dû causer la mort par suffocation. Le jugement du premier jury fut donc réformé, et Hopkins, l'adversaire de ce malheureux, qui avait été arrêté sous l'inculpation de meurtre, fut aussitôt relâché. »

Établissez maintenant un rapprochement entre le fait rapporté par M. Koepl et celui du docteur Wakley, et vous verrez une grande identité entre les deux malades. Les circonstances seules au milieu desquelles ils se trouvaient lorsqu'ils avalèrent le morceau de viande, varient. Ces cas de morts subites sont donc destinés à tenir le médecin sur ses gardes, et à l'inviter à ne plus les rapporter avec précipitation, comme on le fait souvent, aux apoplexies, aux ruptures d'anévrismes.

M. Koepl, en terminant son mémoire, préconise, pour pratiquer la trachéotomie, le nouveau trachéotome de Thompson, à l'aide duquel on pénètre d'un coup dans la trachée. Les essais qu'il en a faits sur le cadavre, dit-il, lui ont réussi. Il ne l'a pas encore employé sur le vivant. Nous trouvons aussi dans les journaux de médecine que M. C. Gerson, docteur-médecin à Hambourg, a aussi inventé un instrument de trachéotomie, lequel consiste en trois branches dont les extrémités se réunissent en formant une pointe aiguë, et qui s'éloignent ou se rapprochent au moyen d'une vis d'appel à l'extrémité du cou.

L'auteur, il est vrai, n'a pas encore essayé son procédé sur le vivant; il a seulement, et en présence d'autorités chirurgicales qu'il cite, démontré. sur le cadavre et les animaux vivants, la facilité avec laquelle on arrive à inciser les arceaux cartilagineux de la trachée, en évitant le danger de l'opération ordinaire.

Pour nous, messieurs, nous nous garderons de nous prononcer d'une manière catégorique à ce sujet; nous savons par expérience que les conditions changent quelquefois du tout au tout, selon qu'on opère sur le cadavre ou sur le vivant: et si nous avions une opinion à émettre, nous nous en rapporterions entièrement aux préceptes qu'a tracés Trousseau. C'est-à-dire que, pour arriver dans la trachée, nous aimerions mieux diviser les tissus, couche par couche; refouler hors de la portée de l'instrument, les troncs veineux qui peuvent se présenter devant lui, et ne diviser les arceaux de la trachée, que lorsque nous serions certain d'avoir épargné les vaisseaux, dont l'ouverture fait compromettre le succès de l'opération. Toute la thérapeutique de l'honorable M. Koepl consiste donc dans l'emploi des moyens chirurgicaux. Il semble. que la médecine, reléguée bien loin sur l'arrière-plan, ne puisse être d'aucune utilité. C'est une erreur que nous avons tenu à réparer, si tant est que l'auteur ait eu l'intention en n'en disant mot dans son travail, je ne dirai pas de faire fi des ressources qu'elle présente, mais de les laisser dans un oubli profond. La médecine et la chirurgie sont deux sœurs jumelles, il est difficile de les séparer. L'une et l'autre se prêtent, dans une foule de circonstances, un appui naturel. Il suffit de suivre les progrès que la première opéra, pour se convaincre de l'influence qu'elle exerce sur le développement et l'amélioration de l'art chirurgical.

Nous regrettons donc que l'auteur n'ait pas dit un mot du traitement des complications que les corps étrangers, introduits dans l'une des voies de la respiration ou de la digestion, font naître.

En résumé, Messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer : 1° de voter des remercîments à l'auteur, pour son intéressante communication; 2° de publier son mémoire dans le journal de la Société; 3° d'admettre M. Koepl au nombre des membres effectifs de la Société. Ses qualités sociales, ses connaissances étendues, nous donnent l'assurance qu'il serait difficile de faire un meilleur choix.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Koepl est nommé à l'unanimité membre effectif de la Société.

Académie royale de médecine de Belgique.

—

Séance du 26 novembre.

M. le ministre de l'intérieur transmet les observations de la commission médicale de la province de Hainaut sur l'avant-projet de loi relatif à l'exercice de l'art de guérir. — Renvoi à la commission de législation médicale.

M. le docteur Ancelon, de Dieuze, envoie une note pour servir à l'histoire du charbon. — Renvoi à l'examen de MM. Fallot, Verheyen et Raikem.

MM. Guislain, Natalis Guillot, Schubert et Lecointe font hommage d'un exemplaire de leurs ouvrages dont les titres seront mentionnés dans le Bulletin de la séance.

M. le docteur Gysbrechts transmet un mémoire renfermant le résultat des discussions auxquelles se sont livrés les médecins des cantons de Tirlemont, de Léau et de Glabbeek, au sujet de l'avant-projet de loi sur l'exercice de la médecine.

M. le docteur Willain, de Leuze, envoie un travail intitulé « *Coup d'œil sur la profession de médecin et sur les moyens de l'améliorer.* »

Ces deux communications ont été envoyées à l'examen de la commission de législation médicale.

M. Rigouts-Verbert se présente comme candidat à la place de membre titulaire vacante dans la cinquième section. — Renvoi à la 5e section.

Rapports et discussions. — Discussion du rapport de la commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours de 1850-1853, sur la question relative à la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines. — M. Gaudy, rapporteur.

L'Académie a reçu trois mémoires en réponse à la question. La commission propose de ne pas décerner le prix, aucun des concurrents n'ayant donné une solution satisfaisante de la question, mais d'accorder une médaille d'encouragement à l'auteur du mémoire coté no 3, portant pour épigraphe : « *C'est en interrogeant fréquemment la nature, que nous arrachons ses secrets* (Buffon), » et d'inscrire son nom sur la liste des aspirants au titre de correspondant.

Personne ne demandant la parole, les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées. L'Académie décide en outre que la question sera retirée du concours.

Discussion du rapport de la commission qui a été chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours de 1851-1853, sur la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. — M. Marinus, rapporteur.

Trois mémoires sont parvenus en réponse à cette question. La commission, après un examen attentif et consciencieux, propose :

« 1o D'accorder une médaille d'encouragement à l'auteur du mémoire no 2, portant pour épigraphe : « *Une amputation est souvent la honte du chirurgien ; son grand art consiste à empêcher qu'elle ne devienne nécessaire, et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême,* » s'il désire se faire connaître ;

» 2o De retirer du concours la question relative aux moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses qui figure au programme depuis cinq ans et sur laquelle l'Académie n'a pu obtenir une réponse satisfaisante. »

La discussion est ouverte sur ce rapport et ses conclusions.

Un membre propose d'accorder le prix à l'auteur du mémoire no 2.

Un autre membre propose en outre d'accorder une médaille d'encouragement à l'auteur du mémoire no 3, ayant pour devise : *Suum cuique*.

Cette double proposition est adoptée.

Le billet cacheté annexé au mémoire couronné est ouvert. Il fait connaître que l'auteur est M. le docteur Decaisne, médecin de garnison.

Discussion du rapport de la commission chargée de la présentation des candidats pour les places de membres correspondants. — M. Didot, rapporteur.

Ont obtenu les suffrages nécessaires pour être nommés membres correspondants :

MM. Heuse, doct. en médecine, à Liége;
Warlomont, docteur en médecine, à Bruxelles ;
Vandenbroeck fils, docteur en médecine, à Mons ;
Thiry, docteur en médecine, à Bruxelles ;
Husson, répétiteur à l'école vétérinaire à Cureghem.

Ils ne seront proclamés qu'après qu'ils auront adhéré au paragraphe additionnel de l'art. 6 du règlement.

M. Everard, membre honoraire, donne lecture d'un mémoire sur le choléra asiatique qui règne en Russie.

M. le président, au nom de l'Académie, remercie M. Everard de sa communication, qui trouvera place dans le Bulletin de la séance.

M. Graux annonce qu'il déposera un mémoire sur le choléra dont il donnera lecture dans la prochaine séance.

M. Verheyen dépose un travail en réponse au mémoire de M. Didot, sur la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines et en demande l'impression dans le Bulletin de l'Académie. L'assemblée adopte cette proposition.

M. Stas présente, au nom de M. Depaire, pharmacien à Bruxelles, une note sur le chlorure de mercure ou calomel employé en médecine (1). M. Stas fait en même temps une analyse succincte de ce travail.

L'Académie ordonne l'insertion de cette communication dans le Bulletin.

(1) Nous publierons cette note dans notre prochain cahier.

IV. VARIÉTÉS.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS POUR 1854.

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par madame de Civrieux. — Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefevre. — De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, dont le concours reste ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, sera décerné, en 1854, à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en 25 leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer, par des faits précis, le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du goître endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports avec le crétinisme.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la catalepsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — Des morts subites dans l'état puerpéral.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer, par l'observation médicale, l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines,* et préciser nettement les cas de leur application.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix fondé par M. le baron d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urèthre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de ces dispositions.

PRIX DE CENT MILLE FRANCS POUR LE CHOLÉRA. — Un décret impérial du 15 novembre dernier, inséré au *Bulletin des lois,* autorise l'Académie des sciences à accepter le legs d'une somme de 100,000 fr. fait à l'Institut par M. Bréant, aux termes de son testament en date du 28 août 1849, et aux clauses et conditions qui y sont énoncées.

Voici les dispositions de ce testament qui sont relatives au legs dont il s'agit :

« J'institue et donne après ma mort, pour être décerné par l'Institut de France, un prix de cent mille francs à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau.

» Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient. En effet,

rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exercent sur l'économie animale les fluides électrique, magnétique et autres. Rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

» Comme il est probable que le prix de cent mille francs institué, comme je l'ai expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Institut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui jusqu'à ce moment ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de ces maladies.

» Si l'Institut trouvait qu'aucun des concurrents ne méritât le prix annuel formé des intérêts du capital, ce prix pourra être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne, en faisant connaître l'animalcule qui, dans ma pensée, donne naissance à cette maladie, ou en démontrant d'une manière positive la cause qui la produit.

La Société de pharmacie de Paris propose pour 1855 : 1° Un prix de 4,000 fr. pour la fabrication artificielle de la quinine.

2° Un prix de 2,000 fr. pour l'analyse du nerprun.

3° Un prix de 1,000 fr. pour l'analyse du chanvre.

Les auteurs devront joindre à leurs mémoires des échantillons des produits qu'ils auront obtenus.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, doivent être adressés à M. Soubeiran, secrétaire général de la Société, rue de l'Arbalète, 21, avant le 1er juillet 1855.

NÉCROLOGIE.

M. M. J. Lambert de Roover, le doyen des pharmaciens de Bruxelles, est décédé le 6 novembre dernier, à l'âge de 84 ans. Pendant cette longue carrière il a donné mainte preuve de haute capacité dans son art. Probe, compatissant et d'un caractère plein d'aménité, il avait su se concilier l'estime et l'attachement de tous.

— M. Bouriat, l'un des plus anciens membres de l'Académie de médecine de Paris (Section de pharmacie), est mort dans la première moitié du mois de décembre, à l'âge de 90 ans.

— M. le docteur L. J. Honlet, ancien médecin des hospices civils de Huy, est mort en cette ville le 12 décembre, à l'âge d'environ 78 ans.

— M. De Hemptinne, membre des Académies de médecine et des sciences, l'un des plus anciens pharmaciens de Bruxelles, est mort le 5 janvier des suites d'une apoplexie dont il a été atteint en sortant de la dernière séance de l'Académie de médecine. Chimiste distingué, pharmacien instruit et des plus recommandables, la Société lui avait décerné, le 3 avril 1843, le titre de membre honoraire.

LES COMMANDEMENTS DE L'HOMOEOPATHIE.

Il y a eu à la Nouvelle-Orléans une lutte très-vive entre les médecins *homœopathes* et les médecins *allopathes*, au sujet de la fièvre jaune. A cette occasion, M. le docteur Poitevin, de Mobile, a adressé à la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, la pièce suivante :

L'allopathe tu banniras
Et l'hydropathe mêmement ;
L'homœopathe adopteras
Afin de vivre longuement ;
A ses cures toujours croiras
En bon disciple, aveuglément ;
A ses secours n'opposeras
Jamais aucun raisonnement ;
Ses globules tu goberas
Pour tout mal indistinctement ;
Avec lui ne discuteras
Le prix de son médicament ;
Ses visites tu solderas
Très-cher et très-exactement ;
La pilule tu doreras
En parlant de son traitement ;
L'apothicaire tu fuiras
Comme un animal malfaisant ;
Ses remèdes repousseras
Et ses poisons également ;
Aconit tu fréquenteras
Et Belladone mêmement ;
Beefsteak aux pommes mangeras
Pour guérir tout dérangement ;
Entre deux airs tu soigneras
Rhume ou catarrhe violent ;
Par le cognac tu traiteras
L'ivrogne qui va chancelant ;
Les cheveux tu te couperas
Pour détruire la *malcontent* ;
D'un semblable, bref, useras
Contre un semblable constamment ;
A ton docteur attribueras
Ta vie invariablement ;
Et de ta mort accuseras
Dame Nature obstinément ;
Enfin, tout mal éviteras
Pour pouvoir vivre sainement ;
Et tes cors tu t'extirperas
A tout le moins une fois l'an.

NÉVROLOGIE ou Description et Iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation, par M. le docteur **LUDOVIC HIRSCHFELD**, professeur d'anatomie à l'école pratique de la Faculté de Paris, et **M. J. B. LEVEILLÉ**, dessinateur. Paris, 1853. *Ouvrage complet*, 1 beau vol. in-4°, composé de 400 pages de texte et de 92 planches in-4°, dessinées d'après nature, et lithographiées par **M. LÉVEILLÉ**. (Il a été publié en 10 livraisons, chacune de 9 planches).

Prix : figures noires. 50 fr.
figures coloriées. 100 fr.
Demi-reliure, dos de veau non rogné. En plus. 4 fr.

Les médecins et les étudiants trouveront, dans cet ouvrage, la facilité et les moyens de se former aux dissections difficiles par l'exposition du meilleur mode de préparation. Il sera pour eux un guide qui leur économisera un temps précieux perdu presque toujours en tâtonnements; ils auront dans les figures des modèles assez détaillés pour les diverses parties qu'ils désireront reproduire sur la nature humaine; enfin il leur aplanira bien des obstacles dans l'étude si difficile et si importante du système nerveux.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES, par le docteur **J. CROCQ**, prosecteur à l'université de Bruxelles, membre de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique. In-4°. Bruxelles, 1851. Prix : 6 fr.

TRAITÉ DE LA VIEILLESSE HYGIÉNIQUE, MÉDICAL ET PHILOSOPHIQUE, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence, par le docteur **J. H. REVEILLÉ-PARISE**. In-8°. Paris, 1853. Prix : 7 fr.

DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par **TH. HERPIN**. Ouvrage couronné par l'institut de France en 1850. In-8°. Paris, 1852. Prix : 7 fr. 50.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS, par **CAZEAUX**; édition belge augmentée de notes. Nouvelle édition, Bruxelles, 1852, 1 vol. in-8°, et Atlas contenant 200 figures de plus que l'édition française. Prix : 10 fr.

THÉRAPEUTIQUE NATURELLE DE LA FOLIE. — L'air libre et la vie de Famille dans la commune de Gheel; par le docteur **PARIGOT**, professeur honoraire de la Faculté des Sciences de l'Université de Bruxelles, médecin de l'Hospice d'aliénés de la même ville à la colonie de Gheel. In-8°. Bruxelles, 1852. Prix : 1 fr. 50.

MÉMOIRES SUR QUELQUES POINTS FONDAMENTAUX DE LA MÉDECINE DENTAIRE, considérée dans ses applications à l'hygiène et à la thérapeutique, par **A. F. TALMA**, docteur en méd. de la Faculté de Paris, dentiste du roi et de la Famille royale. In-8°. Brux. 1852. 5 fr.

ABRÉGÉ DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIR. ou Résumé analytique de médecine et de chirurgie, par **M. E. TRIQUET**. 2 vol. in-8°. Paris, 1852. Prix : 12 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA MALADIE SCROFULEUSE; par **VINCENT DUVAL**, docteur en médecine. In-8°. Paris, 1852. Prix : 8 fr.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou Résumé de tous les ouvrages de Clinique médicale et chirurgicale, de toutes les Monographies, de tous les Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger; par une Société de médecins sous la direction du docteur **FABRE**, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* (Lancette française), 15 vol. in-8° à deux colonnes. Chaque volume se vend séparément au prix de fr. 8 50.

TRAITÉ DES HYDROPYSIES ET DES KYSTES ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes natur. et accident., par le docteur **J. ABEILLE**. In-8°. Paris, 1852. Pr. 7 50

MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. publié par ordre du Gouvernement. Bruxelles, 1848. Prix : 60 c.

NOUVEAU DICTIONNAIRE LEXICOGRAPHIQUE ET DESCRIPTIF DES SCIENCES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, la pathologie spéciale, l'hygiène, la thérapeutique, la pharmacologie, l'obstétrique, les opérations chirurgicales, la médecine légale, la toxicologie légale, la toxicologie et les sciences accessoires; avec planches intercalées dans le texte; suivi d'un Vocabulaire biographique, par MM. **RAIGE-DELORME, H. BOULEY, CH. DAREMBERG, J. MIGNON**, avec la collaboration de **M. CH. LAMY** pour la chimie. — L'ouvrage formera un très-fort vol. in-8° à 2 colonnes, texte compact, et sera publié en 3 livraisons. Les deux premieres livraisons ont parus. Prix des deux livr. 10 fr.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, par **AUG. VIDAL** (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie externe et de médecine opératoire. Paris, 1851. 3me édit., 5 forts vol. in-8°. Prix : 40 fr.

SUPPLÉMENT au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine français et étrangers, rédigé par une Société de professeurs et d'agrégés de la Faculté de médecine, de medecins, de chirurgiens, de pharmaciens en chef et d'anciens internes des hôpitaux de Paris, sous la direction de M. **AMBROISE TARDIEU**. Ire partie. Paris, 1851. Prix des 9 volumes y compris le Supplément : 45 fr. — Le *Supplément* seul formant un vol. de 700 à 800 pages : 9 fr.

MÉMOIRE SUR LE GOITRE ET LE CRÉTINISME, par le docteur **G. FERRUS**, avec 5 planches. In-8°. Paris. 1851. Prix : 2 fr. 50

TRAITÉ DES MALADIES DU CUIR CHEVELU, suivi de conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure, par le docteur **ALPHÉE CAZENAVE**; avec 8 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées. 1 vol. in-8°. Paris, 1850. Prix : 8 fr.

JOURNAL

DE MÉDECINE.

(FÉVRIER 1854.)

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

RECHERCHES SUR LES GRANULATIONS; *par* **M. PROSPER DELVAUX**, *docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, ancien interne des hôpitaux civils de Bruxelles, médecin des Pauvres et de la Caisse de Prévoyance de la même ville.*

> Ne jugeons que de ce que nous voyons et nous ne nous tromperons pas.
>
> CONDILLAC.

CHAPITRE PREMIER.

INTRODUCTION.

§ 1er. — On donne le nom de blennorrhagie (de Βλέννα, mucus, et de ρειν, couler), aux écoulements muqueux ou mucoso-purulents des organes génito-urinaires, et, dans certains cas déterminés, à ceux de l'anus, de la conjonctive, des fosses nasales.

On a cru, pendant longtemps, que cette affection était une manifestation de la syphilis.

Cependant, dès le temps d'Hippocrate, l'abus des plaisirs de l'amour, même entre personnes saines, les affections herpétiques, rhumatismales ou goutteuses répercutées, et beaucoup d'autres maladies encore, étaient reconnus susceptibles, comme de nos jours, d'occasionner des blennorrhagies simples.

Galien, Celse, Rhasès, Mesué, Coelius Aurelianus, les ont également connues et en ont parlé en termes non équivoques.

Gariopontus, qui pratiquait dans le onzième siècle, a laissé un livre entier sur cette affection, et Jean Ardern, médecin anglais, les a décrites sous le nom d'*arsure*, en l'année 1370.

Brassavcle dit à cet égard : Si quelqu'un, ayant cette espèce de gonorrhée, communique avec une femme saine, celle-ci aura un pareil écoulement, mais qui n'offrira pas les caractères de la gonorrhée vénérienne; en effet, l'écoulement ne sera semblable qu'à lui-même et ne sera point suivi, comme dans l'autre espèce, de chancres, de pustules ni de bubons.

Alexandre Benedictus a parlé, en 1497, des écoulements simples qui régnaient de temps immémorial. Ses expressions sont loin d'être obscures, car il dit :

Viris genituræ profluvium, quam γονοῤῥοιαν Græci vocant, sæpe evenit, hoc præsertim tempore, dum hæc conscriberemus, veluti enim pestilentia plurimos afflixit. (*Medicinal. universal.*, lib. 24, cap. 6.)

Jacques Bethencourt, de Rouen, le premier médecin français qui ait écrit sur la syphilis, parle également des blennorrhagies simples en 1527.

La blennorrhagie simple a été ensuite très-bien décrite par Botal, en l'an 1563.

§ 2. — Depuis cette époque, tous les auteurs ont été d'accord pour reconnaître que les affections blennorrhagiques pouvaient avoir leur source dans une cause indépendante de toute infection produite par un virus, dans une inflammation simple.

Aussi, dès lors, on divisa les blennorrhagies en blennorrhagies simples et en blennorrhagies virulentes.

C'était déjà un grand pas de fait pour la science et la thérapeutique, que d'admettre des affections simples blennorrhagiques en dehors de toute idée d'infection par un principe spécifique, de reconnaître des blennorrhagies causées par le contact du pus, de mucus irritant, par des flueurs blanches et le sang menstruel, par une congestion trop fréquemment répétée ou trop prolongée, par des lésions physiques, par l'ingestion de certains médicaments, de certaines boissons, enfin, par des excès de toute espèce.

Mais le nom de blennorrhagie virulente étant un terme générique, on ne savait pas au juste ce qu'il fallait entendre par cette dénomination.

§ 3. — Hunter, dans son *Traité des maladies vénériennes*, page 35, édition de Paris, 1787, dit :

« On a indiqué, comme marque distinctive entre la gonorrhée simple et la gonorrhée virulente, que la première se manifeste après le coït et présente, tout de suite, toute son intensité; tandis que la seconde se montre au bout de quelques jours et s'établit graduellement. Mais la gonorrhée simple n'est pas toujours consécutive au commerce de l'homme avec la femme; elle ne s'établit pas d'emblée dans tous les cas, et elle n'est pas toujours sans douleur.

» D'un autre côté, on voit beaucoup de gonorrhées virulentes qui débutent sans aucune apparence d'inflammation, et, dans beaucoup de cas de cette espèce, j'ai été fort embarrassé pour décider si la maladie était vénérienne ou non. Car il est un certain nombre de symptômes qui sont communs à presque toutes les maladies de l'urèthre, et desquels il est difficile de distinguer les phénomènes peu nombreux qui dépendent uniquement de l'affection spécifique. »

Plus loin, il dit :

« Peut-être est-ce aussi pour cette raison que la gonorrhée virulente et la gonorrhée simple ont tant de points de ressemblance.

» Le canal de l'urèthre devient le siége d'un écoulement et même d'une douleur plus ou moins vive. Des sensations inaccoutumées s'y font ressentir de temps en temps. Ces symptômes peuvent être un retour de l'affection vénérienne sans virus, ou se produire en quelque sorte spontanément, ou, enfin, être la conséquence de quelque autre maladie.

» Quand l'écoulement se manifeste comme conséquence d'une gonorrhée vénérienne antérieure, il est rarement continu ; il disparaît pendant un temps pour se reproduire ensuite, et on peut le désigner sous le nom de blennorrhée temporaire ; mais alors il est rare que les parties se tuméfient ; le gland ne présente pas la coloration rouge-cerise ni aucune espèce de suintement.

» On reconnaît que cette affection n'est constituée que par un écoulement sans propriétés virulentes, quand elle se manifeste chez des sujets qui n'ont eu depuis longtemps aucune relation sexuelle, ou qui n'ont jamais eu aucune maladie vénérienne et ne s'y sont jamais exposés. Sa guérison prompte, aussi bien chez les sujets qui ont eu commerce avec les femmes que chez ceux qui n'en ont point eu, rend très-difficile, dans beaucoup de cas, de déterminer si elle est syphilitique ou non. Aussi arrive-t-il souvent qu'on la considère à tort comme vénérienne, tandis que, dans d'autres cas, on prend pour retour d'une ancienne blennorrhagie un écoulement qui est réellement vénérien. »

Capuron, page 18, Paris, 1807, dit :

« Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la blennorrhagie l'ont appelée virulente pour la distinguer de la blennorrhagie bénigne, qui est produite par des causes étrangères au virus vénérien.

» Quant à nous, dit Capuron, nous préférons le terme générique de catarrhe, auquel nous ajouterons aussi le terme spécifique de vénérien, comme pour différencier la cause qui le produit et qui, en irritant le conduit urinaire, y détermine une inflammation, dont la marche est la même que celle de toutes les phlegmasies des membranes muqueuses.

» Quant à la cause, dit cet auteur, à la page 29 de son *Traité*, la prudence exige que tout catarrhe ou écoulement contracté avec une femme infectée de virus vénérien, soit regardé comme très-suspect et même comme virulent.

» C'est ainsi qu'on se gardera bien de les confondre avec ce que les auteurs nomment blennorrhagie simple ou bénigne, produite par une cause irritante quelconque. »

Et plus loin, page 36 :

« Comment doutera-t-on que la blennorrhagie virulente peut occasionner la vérole, si l'on démontre que le virus qui produit l'une et l'autre de ces deux maladies, est absolument le même. »

Petit Radel dit, page 49, livre 1 :

« L'on s'est accordé ici, comme chez toutes les autres nations, à distinguer cette maladie en celle qui tient de la virulence, et celle qui n'a rien de cette mauvaise qualité. »

Et plus loin :

« Le flux simple se rapporte toujours à des causes étrangères à la coïtion, c'est une humeur rhumatismale ou dartreuse qui se jette par métastase sur les surfaces uréthrales, il y active le pouvoir de sécrétion, l'équitation longtemps continuée chez des personnes peu accoutumées à ce genre d'exercice, le coït trop fréquent, l'apparition de quelques dents chez les enfants, l'usage de certaines

liqueurs fermentées, notamment de la bière, des cantharides, des bougies qui produisent une irritation locale (1) ».

§ 4. — Les lignes qui précèdent sur l'état de la science blennorrhagique au 18e siècle et dans le commencement du 19e, prouvent à l'évidence quelle obscurité il régnait sur la nature, les causes, la manière d'être des blennorrhagies qu'on appelait virulentes.

Les épithètes vénérien, syphilitique, virulent, données sans distinction aucune aux blennorrhagies, rendent l'interprétation de ces passages très-obscure et même impossible pour les médecins qui ne sont pas à même de remonter aux sources, en observant les faits tels qu'ils se produisent.

Dans ces derniers temps Cullerier, Hufeland, Delpech, Lagneau et beaucoup d'autres auteurs, en mettant sur la même ligne les blennorrhagies, les chancres, la syphilis, et en perdant de vue la nature première des altérations qui sont produites, ne firent faire sous ce point de vue aucun progrès à la science.

Les réformes provoquées par la médecine physiologique vinrent encore mettre une entrave de plus, car on ne vit plus dans la plupart des affections dont il est ici question, que les phénomènes propres à toutes les inflammations.

§ 5. — Swediaur, se basant sur les idées de Morgagni, qui avait constaté à la suite de blennorrhagies des ulcères et des cicatrices d'ulcères dans le canal de l'urèthre, avait pressenti l'existence, la nature spécifique de certaines blennorrhagies. Swediaur voulut que la blennorrhagie ulcérât les tissus pour produire l'infection générale; mais une blennorrhagie qui ulcère la muqueuse est ordinairement produite par un chancre larvé comme l'a démontré M. Ricord (2).

Mais tout en reconnaissant la blennorrhagie chancreuse et la blennorrhagie syphilitique qui peut en être la conséquence, on savait fort bien que, dans certains cas, le muco-pus blennorrhagique donnait lieu aux désordres les plus graves sans qu'on constatât la présence d'un chancre.

L'anatomie pathologique seule pouvait apporter un jour nouveau dans cette question.

Pour Hunter, Capuron, Cullerier, le virus qui produit soit la blennorrhagie, soit la syphilis, est parfaitement le même.

Bell en Angleterre, et son traducteur en France, ont embrassé une opinion contraire. Bell avait pressenti l'existence d'un virus spécial.

M. Vidal, de Cassis, tout en reconnaissant parfaitement l'état granuleux du col, qui donne toujours lieu, dit-il, par contamination à la blennorrhagie, prétend que les états granuleux et les blennorrhagies qui en sont la conséquence, sont de nature syphilitique. Il ne cite pourtant aucun cas où ces états auraient été suivis de phénomènes constitutionnels.

§ 6. — Mais aujourd'hui que M. Ricord, le premier, et d'autres syphiliogra-

(1) Il est à remarquer que le mot virulent était, et est encore aujourd'hui pour certains auteurs, synonyme de syphilitique.

(2) Dans un travail récent, M. le professeur Thiry a donné une sanction nouvelle à ces vérités.

phes ont démontré de la manière la plus péremptoire l'existence des blennorrhagies chancreuses, il doit être admis que, lorsque la blennorrhagie donne lieu à la syphilis, cette affection provient ou est accompagnée de chancre, seule vraie source de la syphilis, et seulement lorsque l'évolution chancreuse se fait dans un certain sens; en un mot, lorsque l'induration fait subir à l'ulcère un changement complet de nature.

Jusque dans ces derniers temps, on a distingué des blennorrhagies simples et des blennorrhagies chancreuses, qui pouvaient devenir syphilitiques; mais on ne parvenait pas à se rendre compte des effets désastreux produits par certaines blennorrhagies qui n'étaient pas chancreuses, et cependant contagieuses au plus haut degré, tout en produisant des désordres, des phénomènes morbides qui ne se présentaient, ni dans les blennorrhagies simples, ni dans les blennorrhagies chancreuses.

Les recherches qui ont été faites, dans ces derniers temps, par un des professeurs de l'Université de Bruxelles, ont produit une véritable révolution, et ont jeté un jour tout nouveau sur la nature des affections blennorrhagiques.

Par ces recherches, il est constaté qu'il existe un virus spécial, produisant des altérations sur les muqueuses, altérations qui sont toujours les mêmes, et qui se reproduisent fatalement par la contagion.

Ce virus a été désigné par l'auteur, sous le nom de *granuleux*, les altérations produites sous le nom de *granulations*, et les blennorrhagies qui en résultent, sous le nom de *blennorrhagies granuleuses*. C'est cette doctrine nouvelle, due à M. le professeur Thiry, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre, que je me propose d'exposer dans ce travail.

J'y joins les recherches anatomiques et les observations que j'ai faites. Je les ai suivies et analysées avec la plus scrupuleuse attention. Elles m'ont convaincu entièrement de la nature toute spéciale de ces affections.

CHAPITRE II.

ANATOMIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Anatomie. — § 1er. Pour se faire une juste idée de la granulation, il est nécessaire d'étudier d'abord la structure des muqueuses où cette altération se présente le plus souvent, c'est-à-dire celle des muqueuses de l'urèthre, du vagin, du col de la matrice, des paupières.

Après avoir consulté les anatomistes les plus célèbres, et après avoir examiné l'état de ces muqueuses, tant à l'œil nu, à la loupe, qu'au microscope, j'ai constaté que toutes présentent la même structure, offrent les mêmes éléments, et ne diffèrent que par le plus ou moins d'épaisseur de la membrane.

J'examinerai successivement : 1° l'épithélium; 2° la couche de tissu dermatique.

§ 2. — L'épithélium de ces muqueuses est pavimenteux, et chaque petite pièce contient un noyau; ces pièces se détachent continuellement; ce qui fait que le microscope en fait ordinairement découvrir dans le mucus. Ce détache-

ment se fait surtout à un haut degré pour la conjonctive et la muqueuse du col utérin, surtout vers les parties centrales. Il est moins prononcé dans le canal de l'urèthre de l'homme, et ne se fait que d'une manière très-lente pour les muqueuses vaginale et uréthrale chez la femme.

L'épithélium vaginal est remarquable par son épaisseur.

La muqueuse de l'orifice du col utérin est tapissée d'épithélium vibratil, et des recherches nouvelles ont fait constater quelques cellules épithéliales vibratiles sur la muqueuse palpébrale.

§ 3. — Dans la couche de tissu dermatique, il faut distinguer : *a*, une membrane appelée *intermédiaire,* finement chagrinée, et qui est située entre l'épithélium et la membrane propre; *b*, la couche propre, formée de tissu cellulaire condensé, de faisceaux lâchement enchevêtrés et s'entrecroisant dans toutes les directions.

Vue à la loupe, la couche dermatique de ces muqueuses laisse apercevoir la disposition papillaire. Chaque papille est formée par une proéminence de la couche dermatique, et renferme une anse d'un vaisseau capillaire, qui sort du réseau sanguin de la muqueuse; mais ces papilles sont fort peu développées, excepté pour le vagin.

On avait donné l'absence des papilles comme un caractère de la conjonctive; mais cette erreur anatomique pourra facilement être réfutée, si on examine à la loupe et même à l'œil nu la face postérieure de la muqueuse, qui tapisse le cartilage tarse et plus particulièrement celle qui tapisse le cartilage tarse supérieur.

Du reste, la disposition papillaire de la conjonctive tarsienne avec ou sans grossissement, a été parfaitement représentée par M. Arnold (*Tabl. anatom.* fascicul. II, tabl. II, fig. 13 et 14), sous le titre de *corpus papillare conjunctivæ.*

Quant aux glandules ou follicules muqueux, entrevus d'abord par Burkard Eble, ils fixèrent peu l'attention, et on vit beaucoup d'anatomistes en nier l'existence.

M. Thiry, après avoir repris l'étude de cette importante question anatomique, a constaté qu'il existe, en arrière des cartilages tarses, deux lignes de follicules régulièrement disposés, saillants à l'état normal, et visibles à l'œil nu. Ces follicules ont une forme conique et présentent, à leur centre, une ouverture qui donne sortie à un liquide qu'elles sécrètent.

Ces follicules ainsi que les papilles doivent être bien connus quand on veut faire l'étude de la blennorrhagie granuleuse; car il est démontré aujourd'hui que, dans beaucoup de cas, on a pris pour des granulations des follicules et des papilles enflammés ou hypertrophiés.

Ces idées si précises, d'abord contestées, viennent de recevoir la sanction démonstrative.

M. le docteur Sappey vient de lire à la Société de biologie un mémoire sur les glandes des paupières, dans lequel il consacre un long article aux glandules

conjonctivales. Il en a donné une description très-exacte avec planches.

§ 4. — Les artères de ces membranes muqueuses se ramifient d'abord dans le tissu cellulaire sous-muqueux, où elles forment un réseau à mailles assez larges. Les plus petites ramifications pénètrent enfin dans la couche dermatique et y forment un réseau capillaire. Les capillaires sanguins atteignent la surface du derme, y forment sous la membrane intermédiaire une couche vasculaire très-serrée, d'où partent des prolongements qui se distribuent dans les papilles.

Les vaisseaux capillaires de ces membranes muqueuses sont remarquables par l'étroitesse des mailles de leur réseau et par leur grand calibre, qui est au moins de 0,005 et permet aux globules sanguins de les traverser aisément.

C'est à cette disposition des vaisseaux capillaires que les membranes muqueuses doivent leur teinte uniformément rosée.

Les veines sortent du réseau capillaire et accompagnent dans leur trajet ultérieur les artères.

Les vaisseaux lymphatiques sont très-nombreux dans les membranes muqueuses. Ils forment à la surface de la couche dermatique, immédiatement sous la membrane intermédiaire, leur réseau d'origine qui recouvre celui des vaisseaux capillaires sanguins.

Les nerfs de ces membranes appartiennent généralement au système ganglionnaire. Arrivés dans la couche dermatique, ils se divisent dans leurs divers ramuscules et forment les plexus terminaux qui sont situés immédiatement sous la membrane intermédiaire.

Anatomie pathologique. — § 5. Les granulations isolées, vues à l'œil nu et à la loupe, sont de petites saillies coniques, acuminées. Leur base, qui s'implante dans la muqueuse, est un peu plus large que le sommet.

Elles sont molles à l'état aigu; mais elles peuvent devenir très-dures dans l'état chronique, ou prendre un grand volume et subir la transformation fongueuse.

Les granulations sont d'un rouge vif amarante. Par une légère pression sur la surface granulée, la rougeur pâlit pour redevenir plus vive lorsque la pression cesse.

La granulation chronique peut présenter une teinte bronzée avec reflet œdémateux, au lieu de la teinte rouge vif (1).

§ 6. — *Examen microscopique.* — Mon ami et collègue, le docteur Crocq, et moi avons examiné au microscope des granulations dont on avait fait l'excision à la muqueuse du col utérin et à la conjonctive palpébrale.

Il s'agissait de constater : 1° la vascularisation; 2° un tissu néoplastique ; 3° l'identité, sous le point de vue microscopique, de la granulation de la muqueuse utérine et de celle de la muqueuse palpébrale.

Nos recherches ont confirmé celles du chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre et celles de M. le professeur Gluge, qui dit (*Atlas*, livre 17, planche 3, texte, p. 3, fig. 23) :

« Les granulations qui se développent par suite de l'ophthalmie contagieuse,

(1) *Des Granulations, recherches nouvelles sur ces altérations;* par le docteur Thiry.

sont composées de cellules. Je n'ai jamais vu, dit l'auteur, les glandes hypertrophiées dans ce cas. Ces cellules se déposent, sous forme de couches successives, sur la conjonctive. Elles sont semblables aux granulations des ulcères sur la peau et deviennent, comme elles, sécrétoires. Quelquefois des noyaux seulement. insolubles dans l'acide acétique, s'y forment. »

Par une communication verbale, M. le professeur Gluge m'a affirmé que les granulations étaient très-vasculaires.

La granulation du col utérin de la femme T., dont l'observation (nº V) a été recueillie à la suite de ce travail, cette granulation, vue à un grossissement de 250 diamètres, est formée (*voyez* la planche, fig. 1 et 2) :

1° D'une surface chagrinée, qui n'est autre chose que la couche intermédiaire du derme muqueux.

2° De faisceaux de fibres parallèles qui constituent le tissu de nouvelle formation.

Ce tissu se développe par des cellules qui, en s'allongeant par les deux bouts, forment des fibres.

3° De globules de sang, de pus, de mucus.

4° De débris d'épithélium.

5° De vaisseaux.

La granulation de la conjonctive palpébrale du nommé R., dont l'observation (nº VII) a été consignée dans ce travail (l'œil gauche était affecté au plus haut degré), a présenté, par le microscope au même grossissement, une structure parfaitement identique à celle de la granulation du col :

Des faisceaux de fibres parallèles, reposant sur une surface chagrinée, des vaisseaux, des globules de sang, de mucus et de pus, mais point de cellules épithéliales.

Les globules de pus, rares dans la première, étaient très-abondants dans la seconde.

Ces différences s'expliquent facilement.

L'épithélium est moins adhérent à la conjonctive qu'au col ; et l'affection était de date moins récente à l'œil qu'au col utérin.

Jamais nous n'avons aperçu de traces ni de follicules ni de papilles.

§ 7. — Ainsi la granulation est constituée par un tissu de nouvelle formation.

Ce tissu néoplastique est formé de fibres parallèles, qui se développent par des cellules qui s'allongent progressivement. Le tout est parcouru par des vaisseaux.

Enfin, l'identité de la granulation du col avec celle de la conjonctive, comme le prouve l'examen microscopique, est incontestable.

Les granulations sont donc d'abord des productions cellulo-vasculaires, qui deviennent plus tard vasculo-fibreuses.

Il ne sera plus possible de confondre à l'avenir un tissu hétérologue tel que la granulation, avec des tissus homologues congestionnés ou hypertrophiés, ou, chose étrange, avec des organes qui sont nécessaires à l'accomplissement des fonctions de ces muqueuses.

§ 8. — Vues par groupes, les granulations se présentent sous la forme de petites éminences acuminées, inclinées, imbriquées, et dont les bases s'enchevêtrent de la manière la plus inextricable. Par le repos, ces éminences s'affaissent et rétablissent le poli de la muqueuse, qui prend alors un aspect velouté, qui disparaît aussitôt que l'on passe le doigt ou un linge sur les granulations, en sens inverse de leur inclinaison.

Les éminences sont séparées par des sillons, qui se croisent dans tous les sens. Dans chaque sillon, la loupe fait voir une strie purulente jaune-grisâtre, sur laquelle tranche le sommet écarlate de la granulation. Si on presse sur la surface granulée, on voit bientôt une strie de sang remplacer la strie de pus du sillon. Abandonnées à elles-mêmes, et parvenues à une extrême chronicité, les granulations augmentent de volume, s'arrondissent à leur sommet, et les sillons qui les séparent s'élargissent et semblent s'effacer. L'augmentation de volume des granulations se fait surtout par la base qui s'élargit, et pénètre la profondeur du tissu muqueux qui est entièrement modifié dans sa structure. La muqueuse finit par constituer une masse dure, dont la surface est entrecoupée par des sillons superficiels des plus irréguliers.

L'épithélium qu'on rencontre sur une muqueuse granulée se présente sous forme de cellules isolées, et non en masse.

§ 9. — Le tissu dermatique devient plus volumineux ; ce qui est dû à la vascularisation plus grande, à la congestion sanguine, et à la présence des granulations, dont la base se confond avec le tissu dermatique lui-même.

Le tissu cellulaire sous-muqueux se tuméfie et présente des nodosités, que l'on constate si facilement dans les uréthrites granuleuses.

Le lacis vasculaire, qui forme la charpente de la granulation, prend sa source dans les dernières ramifications capillaires de la muqueuse. Les vaisseaux de cette muqueuse sont gorgés de sang, s'anastomosent dans tous les sens, et donnent lieu, dans certains cas, à un vrai boursoufflement vasculaire.

§ 10. — L'écoulement de la blennorrhagie granuleuse est constitué par du pus sécrété par les muqueuses uréthrale, vaginale, utérine ou palpébrale, atteintes de granulations.

Les analyses chimique et microscopique sont impuissantes pour faire découvrir la nature du virus granuleux, qui ne se révèle que par des effets pathologiques spéciaux.

L'examen le plus minutieux de l'écoulement virulent n'a jamais fait voir que les éléments qui entrent dans la composition du pus, du mucus, plus des nucléoles et des débris de cellules.

CHAPITRE III.

SYMPTÔMES, MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS, PRONOSTIC.

§ 1er. — Pour apprécier, d'une manière convenable, les phénomènes morbides de la blennorrhagie granuleuse, il faut l'observer dans sa marche aiguë et dans sa marche chronique.

Dans l'état aigu, au début, la muqueuse est boursoufflée, inégale, bosselée,

d'une couleur rouge-amarante sombre, avec brillant caractéristique. On ne distingue dans la muqueuse aucun vaisseau capillaire. La muqueuse, privée de son épithélium, saigne au moindre contact. De là l'écoulement sanguinolent qui se fait dans le principe.

Les granulations, ordinairement invisibles au début, se montrent bientôt sous la forme de petites éminences acuminées, imbriquées, d'un rouge caractéristique, et qui présentent, en un mot, tous les caractères que déjà nous leur avons assignés.

Les granulations réfléchissent fortement la lumière. De là ce brillant, cet éclat miroitant qui disparaît à mesure qu'elles deviennent plus chroniques.

§ 2. — L'écoulement est constitué d'abord par une sérosité sanguinolente corrosive, qui bientôt se convertit en muco-pus, puis en pus, dont la sécrétion est très-abondante; à peine enlevé, le pus se reproduit. Le liquide purulent s'échappe de l'organe malade, sous forme de gouttelettes arrondies, d'un blanc jaunâtre mat caractéristique, qui, se répandant sur les tissus voisins, les irrite et les corrode. Sa couleur est presque toujours troublée par des stries de sang.

Le pus virulent pénètre le linge comme le ferait la matière produite par un vésicatoire récent; il l'empèse et les taches qu'il laisse sont grandes, irrégulières, jaunâtres. Ces taches ne se détachent pas par le frottement comme celles qui résultent de l'écoulement d'une blennorrhagie simple. Le lavage ne les enlève que difficilement.

La dessiccation ne fait pas perdre à cette matière sa propriété contagieuse; c'est ainsi que des lavandières ont contracté des conjonctivites granuleuses en lavant le linge de personnes atteintes de blennorrhagies granuleuses.

§ 3. — Le tissu cellulaire sous-muqueux est tuméfié, souvent douloureux et présente parfois des nodosités. Le gonflement peut s'étendre au tissu fibreux et même à la peau. De là la teinte veineuse de ces parties, qui est caractéristique, surtout aux paupières.

De là aussi l'œdème, l'inflammation des paupières, des grandes lèvres, du prépuce, des abcès et même la gangrène.

Si la blennorrhagie granuleuse n'affectait qu'un seul œil, il faudrait prendre les plus grandes précautions pour que l'autre œil n'en fût pas atteint, car il ne faut qu'un atome de pus pour y développer l'affection.

§ 4. — Les phénomènes généraux sont ceux produits par une inflammation locale intense. Le tempérament du malade influe sur leur intensité plus ou moins grande.

Il y a céphalalgie, insomnie, agitation, sentiment vif de picotement dans la partie affectée, puis une douleur vive, brûlante, qui s'irradie au loin. Il y a de la soif, de l'inappétence, de la constipation et un mouvement fébrile plus ou moins marqué.

§ 5. — Lorsque l'affection granuleuse se présente sous forme chronique, les symptômes phlegmasiques n'existent qu'à un faible degré. Le pus est produit en petite quantité; de là la dénomination de granulation sèche et non sécrétante, dénomination impropre; car aussi longtemps qu'il y a granulation, il y a sécré-

tion purulente, et cette sécrétion persiste jusqu'à disparition complète des granulations, ou jusqu'à ce qu'elles aient subi une transformation quelconque.

Les granulations chroniques peuvent, ainsi que l'a parfaitement énoncé Cunier, prendre le caractère suraigu *et vice-versâ*.

Il faut encore remarquer que, dans l'état granuleux chronique, les congestions sanguines de la muqueuse apparaissent et disparaissent avec la plus grande facilité.

§ 6. — Les blennorrhagies granuleuses ne suivent pas une marche régulière comme les blennorrhagies simples; dans la majorité des cas, lorsque le virus est très-actif, ou bien lorsque les tissus se trouvent dans des conditions favorables à son action, elles atteignent pour ainsi dire instantanément leur summum d'intensité; c'est ce qui a fait dire à M. Velpeau que, lorsque ces affections, dont il méconnaissait, du reste, la véritable nature, siégeaient aux conjonctives, elles étaient excessivement redoutables, parce qu'elles compromettaient les fonctions visuelles dans un temps très-court. Les granulations peuvent aussi se développer lentement, sourdement, ne s'annoncer que par un écoulement purulent peu abondant et ne provoquer que très-tard les symptômes inflammatoires redoutables dont nous avons parlé.

Les symptômes des blennorrhagies granuleuses sont en général de deux sortes : ceux qui sont dus au virus granuleux, ce sont les granulations et le pus granuleux; et ceux produits par la phlegmasie des muqueuses et des parties voisines, qui sont de véritables complications.

§ 7. — Les granulations peuvent se montrer d'emblée, sans manifestation préalable des symptômes de la phlegmasie aiguë.

Elles peuvent se manifester consécutivement à cette phlegmasie.

Enfin elles peuvent prendre diverses formes intermédiaires entre l'état d'acuité extrême et l'état de chronicité le plus complet.

Disons encore que les granulations peuvent successivement passer de l'état d'acuité le plus intense à divers degrés intermédiaires, et arriver ainsi à l'état chronique, puis repasser de cet état chronique à l'état suraigu, sans qu'une nouvelle contagion soit nécessaire.

Cette marche, comme on le voit, est très-irrégulière.

Lorsqu'une blennorrhagie granuleuse débute par l'état suraigu, l'intensité de l'affection persiste pendant un temps plus ou moins long, qui varie suivant un grand nombre de circonstances.

Quelquefois les phénomènes morbides ne diminuent que lorsque les désordres les plus graves ont été produits; mais un traitement énergique et rationnel peut en général conjurer les phénomènes inflammatoires intenses et les désordres organiques qui s'ensuivent.

Il arrive cependant que, par la simple influence de la nature, les phénomènes inflammatoires décroissent petit à petit et disparaissent. Les granulations seules persistent alors, et constituent ce qu'on appelle *les plaques granuleuses chroniques*.

Ici les granulations chroniques sont consécutives à l'affection suraiguë; mais

elles n'en sont pas moins identiques aux granulations chroniques, que nous avons vues se développer d'emblée, sans affection suraiguë préalable.

En résumé, la marche des granulations se présente sous trois aspects différents, qui peuvent se reproduire successivement et alternativement, un plus ou moins grand nombre de fois, pendant la durée de l'affection.

1° Il y a *une marche ascendante,* pendant laquelle les granulations, résultat immédiat de la contagion, gagnent de plus en plus d'activité, et finissent par faire éclater la blennorrhagie suraiguë avec tous ses désordres.

2° Il y a une *marche descendante* dans laquelle les granulations perdent peu à peu leur acuité.

3° Enfin, la marche des granulations peut présenter un état stationnaire qui tient le milieu entre les deux états précédents. Cet état stationnaire peut durer très-longtemps; c'est celui qu'on rencontre le plus souvent.

§ 8. — La durée des granulations est ordinairement très-longue, leur marche nous en rend compte; plus on tarde à les combattre efficacement, plus on s'expose à voir les granulations se perpétuer; nous en avons vu persister pendant des années, et résister aux traitements les plus énergiques; nous en avons vu qui, prises à leur début, et traitées méthodiquement, ont disparu en très-peu de temps.

On peut du reste établir comme principe que, plus on s'éloigne de la période d'invasion des granulations, plus on est exposé à les voir persister, plus on est exposé à les voir rebelles aux divers agents thérapeutiques.

§ 9. — La terminaison des blennorrhagies granuleuses ne se fait par résolution, que quand la muqueuse granulée a subi une modification radicale; sans cela la résolution est impossible. Lorsque cette modification n'a pas lieu, la résolution est impossible, et les granulations passent à l'état chronique. Les granulations constituent alors des plaques qui, dans l'urèthre, forment ce que M. Thiry appelle le rétrécissement granuleux. Dans ce cas, la muqueuse sur laquelle elles sont implantées, et même le tissu sous-muqueux prend une consistance très-grande. Les granulations deviennent également très-dures. Les auteurs ont comparé ces inégalités à celles d'une râpe.

M. le professeur Gluge a décrit, d'une manière très-précise et très-lucide, la structure de ces rétrécissements granuleux, suites de blennorrhagie granuleuse, structure qui répond parfaitement à celle que nous avons décrite, en traitant de l'anatomie pathologique de la granulation.

Les granulations chroniques peuvent encore subir la transformation fongueuse.

Enfin, à la longue, une muqueuse granulée peut acquérir une dureté telle, qu'elle peut être comparée à celle des cartilages.

La transformation sarcomateuse peut alors se montrer; mais dans ce cas, la granulation et son principe contagieux ont disparu.

§ 10. — Le pronostic de la blennorrhagie granuleuse est entièrement subordonné à l'intensité avec laquelle elle débute, aux complications, et à l'époque à laquelle les individus qui en sont atteints viennent réclamer les secours de l'art.

La thérapeutique a aussi une influence marquée sur le pronostic des granulations.

Les granulations compromettent toujours l'appareil de la vision; mais cela arrive surtout lorsque l'ophthalmie apparaît sous la forme suraiguë; alors on sait avec quelle rapidité se détruit le globe oculaire.

La blennorrhagie granuleuse du canal de l'urèthre, chez l'homme, est toujours d'un pronostic beaucoup plus grave que la même affection chez la femme, parce que les agents thérapeutiques ne peuvent pas aussi bien atteindre le tissu néoplastique dans le canal de l'urèthre de l'homme que dans celui de la femme; et parce que la blennorrhagie granuleuse de l'urèthre peut donner lieu chez l'homme à des rétrécissements des plus rebelles et des plus dangereux.

Remarquons encore que la constitution, le tempérament des individus atteints de granulations, doivent faire varier le pronostic.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC.

§ 1. — Peut-on confondre les granulations avec d'autres productions morbides? Y a-t-il des altérations pathologiques qui se produisent sur les muqueuses dont nous avons parlé, et que l'on puisse confondre avec les granulations?

Les altérations qui se montrent sur les muqueuses sont dues à une inflammation simple ou à une affection spécifique.

Si l'inflammation est simple et si, comme le dit Forster, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, et comme nous l'avons toujours observé, la muqueuse devient plus compacte, se boursouffle; il se produit des ulcérations aplaties, des excroissances polypiformes de la muqueuse, une induration inflammatoire des tissus sous-muqueux, le gonflement, l'hypertrophie des papilles, des follicules.

Il n'y a donc que les altérations des papilles et des glandules que l'on puisse confondre avec les vraies granulations.

Mais les caractères qui différencient les glandules, les papilles, des granulations, sont trop tranchés pour que jamais on ne puisse pas les distinguer.

§ 2. — Les saillies qui proviennent de l'hypertrophie papillaire sont arrondies, mamelonnées. Elles ne sont ni acuminées ni coniques; elles sont isolées ou, lorsqu'elles sont nombreuses, elles sont rassemblées par groupes; mais elles sont toujours parfaitement distinctes les unes des autres jusqu'à leur base. Elles ne s'imbriquent pas, elles ressortent directement de la muqueuse. Elles n'altèrent ni ne modifient la structure de la muqueuse, comme cela a lieu dans la granulation.

Les papilles sont recouvertes d'épithélium et ne saignent pas quand on les touche. Elles offrent une injection qui n'a rien de caractéristique; parfois elles sont pâles.

Dans l'hypertrophie papillaire, il n'y a pas de sécrétion de pus, mais seulement de mucus.

Les caractères propres aux glandules muqueuses sont les suivants :

Les glandules congestionnées ou hypertrophiées sont globuleuses, plus saillantes, et offrent en leur milieu, à l'œil armé de la loupe, un point qui est le pertuis excréteur. Elles sont plus volumineuses que les papilles et les granulations. Leur volume dépend toujours du degré d'irritation qu'elles subissent; il est, en général, celui d'une tête d'épingle ; ce volume peut même être dépassé.

La pression en fait sourdre, non du sang, mais un liquide muqueux d'autant plus abondant et plus irritant, que l'inflammation folliculeuse est plus vive. Mais ce liquide n'a rien de contagieux.

C'est à l'irritation folliculeuse que des auteurs ont donné à tort le nom de *granulations vésiculeuses*, à cause de leur forme et du liquide qu'elles contiennent.

§ 3. — Si on examine la granulation au microscope, on la trouve formée par un tissu à fibres parallèles, de nouvelle formation, et par des vaisseaux nombreux, le tout reposant sur la couche chagrinée, intermédiaire du derme.

La papille, la glandule, irritées ou hypertrophiées, vues au microscope, font distinguer quelques vaisseaux reposant sur des fibres entrecroisées.

Jamais, en examinant ces organes au microscope, nous n'y avons découvert la moindre trace de ce tissu, représenté dans la planche, fig. 1, qui est un tissu hétérologue de nouvelle formation.

Ce qui différencie donc, sous le point de vue microscopique, la véritable granulation d'avec les productions que l'on a confondues avec elles, c'est le néoplasme, qui ne se trouve nulle part sur les muqueuses que dans la production granulée; c'est la vascularisation très-grande. Les autres productions ou organes qui se trouvent sur les muqueuses prénommées, renferment peu de vaisseaux et ont toujours pour base de leur structure des fibres entrecroisées de tissu cellulaire.

§ 4. — *Différences des granulations aiguës et chroniques.* — A l'état aigu, les granulations sont acuminées, réfléchissent fortement la lumière, saignent au moindre contact, sont très-sensibles; elles ressortent de la surface muqueuse qui, en raison d'une congestion inflammatoire active, est fortement tuméfiée.

A l'état chronique, les granulations s'arrondissent à leur sommet, elles réfléchissent moins la lumière; leur coloration est d'un rouge moins prononcé, avec reflet œdémateux et aspect plombé caractéristique.

Les granulations s'enfoncent davantage dans la muqueuse dont la congestion, la tuméfaction sont moins grandes. Elles saignent plus difficilement.

§ 5. — *Différences des blennorrhagies simples, granuleuses et chancreuses.* — Dans les blennorrhagies simples, quel que soit leur siége, quel que soit le degré de l'inflammation, l'écoulement est toujours l'effet d'une hypersécrétion plus ou moins active des follicules de la muqueuse; c'est toujours un écoulement catarrhal formé par un mucus épais, plus ou moins abondant, dans lequel on rencontre des globules inflammatoires, des débris de cellules, mais jamais du pus, à moins qu'il n'y ait ulcération. On n'observe que des phénomènes semblables à ceux du coryza et de toute inflammation simple d'une autre muqueuse.

Cet écoulement subit, relativement à son abondance et à ses caractères physiques, toutes les influences des périodes ordinaires de l'inflammation simple. S'il persiste parfois très-longtemps, cela dépend d'altérations consécutives parfaitement déterminées.

Dans les blennorrhagies chancreuses, sans parler des caractères spéciaux des écoulements qu'elles produisten, on a, comme signe distinctif, l'ulcère spécifique, uréthral, vaginal ou du col utérin, et, enfin, les résultats de l'inoculation que l'on peut tenter dans les cas qui paraissent obscurs.

Dans les blennorrhagies granuleuses, l'écoulement est constitué par un véritable pus, dont l'abondance est parfois extrême. La sécrétion de ce pus, chose bien remarquable, se fait *en dehors des lois ordinaires de la suppuration* et sans l'intervention d'un travail ulcératif.

Cette sécrétion ne reconnaît pour cause que la spécificité d'action du virus granuleux. Dès que les granulations sont produites, et cette production est très-rapide, la sécrétion purulente s'opère, elle est instantanée. Le pus semble sourdre continuellement de la surface granulée, il se collectionne et s'échappe en gouttelettes pour aller se déposer sur le linge, sous forme de plaques qui, dans le principe, imitent fort bien celles qui résultent d'un vésicatoire récent et fortement enflammé.

Cet écoulement est très-irritant, il corrode et enflamme les tissus qui environnent la muqueuse qui le sécrète; déposé sur les muqueuses saines d'autant de personnes que l'on veut supposer, il y développe constamment, lorsqu'aucune cause ne vient neutraliser son action spécifique, la même affection. Sans doute, l'intensité de l'inflammation, qui accompagne les blennorrhagies granuleuses, favorise l'abondance de l'écoulement; mais qu'on note bien ceci, elle n'est pour rien, ni dans sa nature, ni dans sa puissance contagieuse. Que cette inflammation tombe et que les granulations persistent à l'état chronique, réduites à leur plus simple expression pathologique, cet écoulement, quoique moins abondant, n'en persiste pas moins; il sera toujours purulent et contagieux, aussi longtemps qu'il y aura une granulation.

C'est à la persistance de ces granulations chroniques de l'urèthre, que l'on doit ces gouttes militaires contagieuses et ces rétrécissements qui résistent à tous les traitements.

§.6. — Des auteurs ont cru reconnaître une essence syphilitique dans les blennorrhagies granuleuses, parce qu'elles produisent la tuméfaction ganglionnaire, de véritables bubons.

C'est ainsi que la blennorrhagie granuleuse de l'œil peut produire le bubon préauriculaire, la blennorrhagie granuleuse de l'urèthre, le bubon de l'aine; mais il n'y a rien de syphilitique dans ces manifestations; car pour qu'il y eût syphilis, il faudrait l'existence préalable d'un chancre induré. Disons que ces manifestations du côté des ganglions lymphatiques, ne tiennent qu'à l'acuité de la phlegmasie, ne sont que des complications inflammatoires.

(*La suite au prochain N°.*)

—

Quelques considérations pratiques sur l'isolement par le tampon de ouate et sur l'application de la cautérisation et des poudres absorbantes de quinquina et de charbon dans le traitement des vaginites simples; *par M. le professeur* Thiry, *chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre, membre titulaire de la Société.*

Les considérations dans lesquelles nous allons entrer sont exclusivement destinées à reproduire les différents traitements que nous adressons aux affections vaginales si fréquentes dans le service dont nous sommes chargé.

Quoique nous ne voulions entrer dans aucun détail, ni sur les causes, ni sur la nature des inflammations diverses de la muqueuse vaginale, il nous est pourtant impossible de ne pas faire remarquer tout d'abord, ce qu'il y a encore d'incertain, d'empirique, de routinier dans la thérapeutique de ces affections; il résultera de là, que pour sortir de cette voie, nous devrons préciser nos indications de manière à légitimer les moyens que nous proposons, et que depuis longtemps nous appliquons.

N'est-il pas vrai que généralement, dans la pratique, on est habitué à considérer comme des lésions à peu près identiques, toutes les phlegmasies vaginales?

En vertu de cette idée, les uns prescrivent invariablement des lotions émollientes, les autres des lotions et des injections astringentes, les troisièmes vantent l'emploi des caustiques, sans s'inquiéter du genre d'altérations ni de leur nature, ni des causes qui les ont produites. Une telle manière de faire, qui devrait être complétement abandonnée depuis l'emploi du spéculum, explique bien des revers, bien des insuccès.

Avant d'établir un traitement, nous avons toujours soin, à l'aide d'investigations convenables et complètes, de rechercher à quelle espèce de lésion nous avons affaire, et à quelle cause on doit l'attribuer.

La membrane muqueuse du vagin peut présenter tous les degrés de la phlegmasie simple, car, comme toutes les autres muqueuses, et peut-être plus encore, elle est exposée à l'influence des irritants ordinaires. Ainsi, la malpropreté, l'action des corps étrangers, les congrès sexuels considérés en dehors de toute action spécifique et contagieuse, sont des causes de vaginite simple.

Cette vaginite, comme nous l'avons dit, peut être légère ou intense; elle peut s'étendre à toute la muqueuse, même au tissu cellulaire sous-muqueux, provoquer des réactions sympathiques dans les régions environnantes, comme elle peut se limiter à certaines parties de cette muqueuse, ou à certains des éléments qui entrent dans sa composition. L'inflammation simple du vagin présente, suivant ces circonstances, des caractères qui méritent d'être signalés.

Si l'inflammation est intense, si le tissu cellulaire sous-jacent y participe, la douleur est vive; la chaleur augmentée se ressent dans tout le petit bassin; le boursoufflement de la muqueuse est considérable, ses replis tendent à s'effacer, l'écoulement muco-inflammatoire est abondant, d'autant plus que cette inflammation affecte une plus grande étendue; il est consistant, verdâtre,

irrite les parties avec lesquelles il se trouve en contact, ce qui aide considérablement à l'extension de l'inflammation aux parties contiguës; aussi est-il rare de ne pas la voir s'étendre au col utérin et au canal de l'urèthre. On conçoit que des désordres semblables ne se produisent pas dans l'inflammation légère: dans ce cas, on ne rencontre plus qu'une rougeur plus ou moins concentrée de la muqueuse, un écoulement beaucoup moins considérable et moins irritant que dans le premier cas.

Lorsque l'inflammation totale du vagin est légère, nous prescrivons tout d'abord un bain général et un léger purgatif salin.

Puis, la femme placée dans une position convenable, nous appliquons le spéculum, nous nous rendons compte du degré et de l'étendue de la phlegmasie; à l'aide d'un pinceau d'ouate, nous nettoyons la surface de la muqueuse vaginale; nous étendons sur la partie enflammée de la poudre fine de charbon ou de quinquina, et nous terminons le pansement par l'introduction d'un tampon d'ouate destiné à maintenir les poudres absorbantes sur les surfaces où elles ont été déposées.

Ce pansement doit rester en place trois, quatre ou cinq heures, après quoi, la femme peut retirer l'ouate, et se faire, à plusieurs reprises, des injections émollientes ou légèrement astringentes, suivant l'intensité de l'inflammation et l'abondance de la sécrétion.

Le lendemain, on répète la même opération, et ainsi plusieurs jours de suite, jusqu'à guérison complète.

La statistique nous a démontré que, terme moyen, six jours suffisent pour guérir toutes les inflammations légères du vagin.

Nous attribuons plusieurs propriétés incontestables aux poudres impalpables de quinquina et de charbon, propriétés qui en font, nous osons le dire, un remède héroïque contre les affections qui nous occupent. Elles ont d'abord pour but d'empêcher, en l'absorbant, la diffluence de la matière sécrétée qui contribue si souvent à l'entretien et à l'extension de l'inflammation vaginale; par son mélange avec ces poudres, elle perd incontinent ses propriétés irritantes; de plus ces poudres, combinées avec le tampon d'ouate dont nous avons parlé, servent à isoler les parois vaginales enflammées, dont la juxtaposition est très-favorable à l'entretien de la maladie; enfin, par leur présence, elles forcent les femmes à se faire des injections fréquentes, et ainsi à activer la guérison que l'on attend. Notons encore, que lorsqu'il y a complication de légères érosions, elles constituent un topique excellent qui favorise la réparation et la reproduction de l'épithélium.

En général, nous employons indifféremment la poudre de quinquina ou de charbon; cependant nous serions tenté de donner la préférence à cette dernière dans les cas où l'inflammation est très-forte, et surtout accompagnée d'un écoulement abondant; nous réservons le quinquina pour les femmes d'une constitution plus faible, et chez lesquelles on trouve peu de résistance et de la flaccidité dans les tissus.

Ce traitement local suffit ordinairement. Si, cependant, des diathèses préala-

bles ou des complications existent, rien n'empêcherait de les traiter d'après leurs exigences, sans rien changer à la méthode que nous venons d'indiquer.

Si l'inflammation vaginale présente une intensité très-grande, nous nous conduisons à peu près de la même manière; seulement, dans cette circonstance, après l'administration du bain et du purgatif, nous faisons une légère cautérisation substitutive en procédant de la manière suivante : le spéculum est appliqué, le vagin soigneusement nettoyé; nous nous armons du crayon de nitrate d'argent et nous cautérisons rapidement toutes les surfaces phlogosées, en commençant par celles qui sont le plus rapprochées du col utérin et ainsi successivement jusqu'à l'orifice vaginal; au fur et à mesure que nous cautérisons, nous isolons les parties cautérisées avec des tampons d'ouate, de telle manière que l'isolement soit complet. Cette opération ne produit que des douleurs très-légères; elle est des plus simples et, quand elle est bien faite, elle est beaucoup plus efficace que les injections avec du nitrate d'argent, que l'on a vantées dernièrement. Cette cautérisation, présentée naguère à l'Académie de médecine de Paris comme une pratique nouvelle dans les inflammations vaginales, est employée par nous, depuis plusieurs années, à l'hôpital Saint-Pierre; non-seulement nous cautérisons avec le crayon la surface vaginale dans la vaginite, mais aussi la muqueuse uréthrale dans le cas d'uréthrite. Cinq à six heures après la cautérisation, la femme peut extraire le tampon isolant et se faire des injections légèrement astringentes avec une dissolution de sulfate d'alumine, d'acétate de plomb ou une décoction de feuilles de noyer.

Le lendemain, la cautérisation a ordinairement produit l'effet que l'on doit en attendre : la turgescence a diminué ainsi que tous les autres symptômes qui attestaient l'intensité inflammatoire. Il ne reste plus alors qu'à recourir à l'isolement et aux poudres absorbantes, selon la méthode que nous avons indiquée plus haut.

Si une première cautérisation était insuffisante, on en ferait une seconde; nous avons remarqué que, dans les inflammations, quelque graves qu'elles fussent, cette seconde cautérisation était rarement nécessaire.

La statistique nous a encore démontré que, par ce mode de traitement, en moyenne, huit jours suffisaient pour guérir les vaginites simples les plus intenses.

Inutile de rappeler ici que, dans les phlegmasies vaginales, la médication antiblennorrhagique interne ne produit aucun effet.

L'inflammation vaginale, qu'elle soit légère ou intense, peut s'étendre sur toute la muqueuse du vagin, envahir même celle du col utérin, comme elle peut se limiter à une portion très-restreinte, par exemple, au repli utéro-vaginal postérieur, sans que l'on doive rien changer au traitement que nous venons d'indiquer. L'intensité de la phlegmasie n'a jamais été pour nous un obstacle à l'application directe de nos moyens sur la partie enflammée; seulement il faut, dans ces circonstances, agir avec plus de lenteur et introduire doucement le spéculum, afin de déplisser, par des mouvements de latéralité, les replis du vagin; une fois le spéculum appliqué, toutes les difficultés sont levées.

Les phlegmasies de la muqueuse vaginale présentent encore des variétés importantes à connaître sous le rapport des éléments du tissu muqueux qu'elles affectent; jusqu'à présent nous ne nous sommes occupé que de l'inflammation de la totalité des éléments de la muqueuse, nous allons aborder l'étude de ses inflammations partielles.

Très-souvent la phlogose se limite aux follicules et là encore elle peut affecter différents degrés d'intensité.

La *folliculite* vaginale s'observe le plus ordinairement à la partie supérieure et dans le repli utéro-vaginal; lorsque la folliculite inflammatoire est bien caractérisée, elle se révèle par des éminences rouges, marquetant la muqueuse, imitant assez bien une éruption papuleuse; ces éminences sont constituées par le développement congestif des follicules normaux; elles sont arrondies et évasées à leur base, tandis que leur sommet s'élève sous une forme conique; elles siégent sur la partie saillante des sillons vaginaux; elles sécrètent abondamment un liquide séro-muqueux, plus ou moins épais, jaune verdâtre, qui remplit les sillons du vagin et s'écoule à l'extérieur en irritant et corrodant les parties qu'il lubrifie. La folliculite vaginale a presque toujours été confondue avec les blennorrhagies granuleuses, ce qui est une grave erreur de diagnostic.

Nous combattons la folliculite de la manière suivante :

Le spéculum étant introduit et le vagin bien nettoyé, nous touchons légèrement, avec un crayon de nitrate d'argent, toutes les parties que le spéculum laisse successivement à découvert. La cautérisation terminée, nous isolons les parois vaginales par des tampons d'ouate assez volumineux; outre l'isolement, ces tampons ont encore pour effet d'exercer une légère compression excentrique sur les parties malades. Le pansement reste en place pendant 5 ou 6 heures, après quoi il est ôté et la malade se fait des injections émollientes, détersives ou astringentes.

La guérison est achevée par l'application des poudres absorbantes dont nous avons déjà parlé.

Cette guérison est presque toujours obtenue avant le huitième jour.

La folliculite vaginale n'est pas toujours inflammatoire: très-souvent, chez des femmes à constitution lymphatique, chez lesquelles la circulation abdominale estgênée, on voit, en dehors de tout caractère inflammatoire, les follicules vaginaux se développer et prendre un volume qui peut aller depuis un grain de millet jusqu'à un petit pois. Ces follicules se présentent sous l'aspect d'éminences coniques, semi-transparentes, réflétant la lumière et sécrétant un liquide muqueux abondant. La plupart des leucorrhées vaginales doivent être attribuées à cette cause.

Pour la combattre, après avoir administré contre l'état général un traitement et un régime convenables, nous introduisons le spéculum, nous saupoudrons la surface où se trouvent les follicules engorgés, avec la poudre de quinquina et un tampon d'ouate isolant est introduit.

Dans la journée, on pratique des lotions astringentes, et au bout de quelques jours, la guérison est en général complète.

On pourrait, si la folliculite hyperdiacrisique résistait à la médication simple que nous venons d'indiquer, on pourrait la rendre plus active en ajoutant à la poudre de quinquina des poudres d'alun ou d'acétate de plomb.

Il est encore une variété de folliculite vaginale que nous ne pouvons passer sous silence : c'est celle que l'on observe chez les femmes enceintes.

Dans cette circonstance, l'engorgement folliculeux atteint parfois des dimensions considérables, d'autant plus fortes que la grossesse est plus avancée; nous avons vu les follicules acquérir la grosseur d'un petit pois. La membrane muqueuse est violacée, les follicules présentent une teinte plus grisâtre, ils sécrètent en grande abondance un liquide blanc et comme laiteux ; par l'accumulation de ce liquide, il peut se développer des érosions, des aphthes dans les parties environnantes. La maladie, en elle-même, n'a rien d'inflammatoire, elle est entièrement le résultat de l'obstacle qu'oppose à la libre circulation, l'utérus rempli du produit de la conception ; aussi la guérison radicale suit-elle toujours l'accouchement.

Les auteurs se sont donc trompés lorsqu'ils ont regardé cette manifestation comme une production granuleuse; dans cet état il n'y a rien de spécial ni de contagieux.

La folliculite des femmes enceintes ne réclamerait immédiatement aucune espèce de traitement, s'il n'arrivait que, par son séjour trop prolongé dans le vagin et son accumulation, la matière sécrétée ne s'altérât et ne contractât ainsi des propriétés irritantes. C'est contre ces conséquences que le médecin doit être en garde ; il les préviendra toujours ou les combattra avec succès par le traitement que nous avons déjà indiqué, c'est-à-dire par l'interposition d'un tampon d'ouate isolant ou de poudre impalpable de charbon ou de quinquina. Cette médication si simple peut toujours être appliquée sans préjudice pour la grossesse.

La médication que nous venons de décrire pour les vaginites simples ne dépasse pas les prétentions d'un moyen purement local ; à ce propos, nous rappellerons ici, que s'il existait quelque diathèse ou prédisposition organique, qui contribuent à la production ou à l'entretien de ces vaginites, notre médication locale resterait sans doute indiquée, mais devrait, dans ce cas, se combiner à une médication générale appropriée.

Nous ferons encore une mention spéciale pour une forme de folliculite ; il arrive des cas où elle se produit et s'entretient sous l'influence du vice scrofuleux : si elle résistait alors à la médication locale, précédemment indiquée, nous nous sommes bien trouvé de l'application de la teinture d'iode sur les follicules engorgés. Cette application se fait de la manière suivante : le spéculum introduit, on met à découvert la partie où se trouvent les follicules engorgés ou hypertrophiés, puis avec un pinceau imbibé de teinture d'iode on en imprègne toute la surface malade ; on place un tampon isolant, on retire le spéculum et l'opération est finie. On renouvelle cette application autant qu'il est nécessaire.

Telles sont les considérations pratiques que nous avions à émettre sur le traitement des vaginites simples ; nous n'avons pas épuisé toute la série des moyens

préconisés, nous nous sommes soigneusement tenu en dehors de toute espèce de doctrine, nous avons écarté toutes les affections vaginales qui reconnaissaient une cause spéciale ou contagieuse; nous avons voulu seulement appeler l'attention des praticiens sur des moyens thérapeutiques très-simples, d'une application facile et dont l'usage est constamment, entre nos mains, suivi de succès. Nous avons pensé que la connaissance de cette médication pouvait être de quelque utilité dans la pratique ordinaire, nous serons satisfait si nous ne nous sommes pas complétement trompé.

Pour appuyer ces considérations, nous allons relater quelques observations.

Observation 1re. — V... Marie, 21 ans, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 9 novembre 1853.

A notre visite, nous trouvons quelques pustules impétigineuses aux lèvres, accompagnées d'un écoulement muco-inflammatoire assez abondant provenant de l'intérieur du vagin; la vulve est saine; le spéculum introduit, nous trouvons à la partie supérieure du vagin une inflammation assez vive de la muqueuse, sans développement anormal des follicules; cette inflammation est caractérisée par une injection d'un rouge vif et par un écoulement catarrhal assez abondant, le pourtour du museau de tanche est légèrement injecté, consécutivement à l'inflammation vaginale.

Un bain et un purgatif salin sont d'abord administrés.

Le lendemain, nous recouvrons la partie enflammée de la poudre absorbante de quinquina, nous plaçons un tampon isolant, nous retirons le spéculum et des injections émollientes et détersives sont ordonnées.

Le même pansement et les mêmes soins sont répétés pendant les quatre ou cinq jours suivants.

Le 20 novembre, la malade sort complétement guérie.

Observation 2e. — M..... Rosalie, 22 ans, lymphatique, et d'une constitution faible, entre à l'hôpital pour la gale; le 30 novembre elle nous est envoyée pour une vaginite occupant le tiers supérieur du vagin, et surtout le repli utéro-vaginal. Cette vaginite est caractérisée par une vive injection avec érosion de la muqueuse et un écoulement muqueux abondant. Nous recourons à l'emploi de la poudre de quinquina sur la partie malade, au tampon isolant, et aux lotions émollientes consécutives, que nous continuons pendant trois jours.

Le 3 décembre, guérison complète, et sortie de l'hôpital.

Observation 3e. H..... Victoire, 20 ans, née en Angleterre, lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre, le 2 novembre 1853. Elle est atteinte d'une vulvo-vaginite suraiguë, avec développement inflammatoire des follicules de la portion supérieure du vagin, et boursoufflement et tension de la muqueuse. L'inflammation est intense, compliquée d'érosions, l'écoulement est muco-purulent, d'une abondance extrême, corrodant les parties où il s'épanche, la sensibilité est très-développée, le spéculum s'introduit péniblement et suscite d'abord de vives douleurs. En procédant avec lenteur, on parvient cependant à compléter son application; les parties enflammées, soigneusement nettoyées, sont cautérisées par le crayon de nitrate d'argent; cette cautérisation ne suscite

que très-peu de douleurs ; on applique un tampon isolant, et on ordonne des injections calmantes pour la soirée.

Le 4 novembre, l'application du spéculum est beaucoup moins douloureuse ; l'inflammation est toujours vive, l'écoulement abondant, nous cautérisons une seconde fois, et nous avons recours aux mêmes soins consécutifs.

Le 6 novembre, l'inflammation a cédé, la rougeur est devenue plus rosée, les follicules commencent à disparaître, l'écoulement est plus muqueux. Nous saupoudrons l'intérieur du vagin de poudre de charbon végétal, nous plaçons le tampon isolant, nous recommandons les injections astringentes.

Cette médication est continuée avec succès pendant cinq à six jours. L'époque menstruelle étant survenue, et cette femme ayant négligé tous les soins de propreté si nécessaires en pareil cas, l'inflammation non encore éteinte se réveille avec une nouvelle intensité, et nous force à recourir de nouveau, le 23 novembre, à une nouvelle cautérisation.

Le 27 novembre, la cautérisation a produit le meilleur résultat, l'état inflammatoire ainsi que l'écoulement ont considérablement diminué.

Nous revenons à l'usage de la poudre de charbon et au tampon isolant. A partir de cette époque l'amélioration a été constante, et dans quelques jours la malade pourra sortir de l'hôpital.

Observation 4e. — B......, Catherine, 21 ans, née à Cologne, d'un tempérament lymphatique, enceinte de six mois, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 26 juillet 1853.

Elle est atteinte d'une plaque inflammatoire au col utérin et de nombreuses fissures au museau de tanche. La muqueuse vaginale, sous l'influence de la grossesse, présente une coloration violacée; les follicules muqueux sont développés ; quelques-uns ont le diamètre d'un petit pois. L'écoulement est d'une abondance extrême, blanchâtre, laiteux; par son accumulation et son séjour dans le vagin, il acquiert des propriétés irritantes qui érodent la muqueuse.

Pendant une quinzaine de jours, nous saupoudrons le vagin et le col utérin de poudre de quinquina, nous isolons avec le tampon d'ouate; dans la soirée, des injections émollientes et légèrement détersives sont pratiquées.

Ce traitement suffit pour éteindre le caractère inflammatoire de l'affection du col, guérir les érosions vaginales, enrayer le développement des follicules et remettre enfin la femme dans la position normale compatible avec la gestation.

Mémoire sur les névroses fébriles ; *par M. le docteur* Liégey, *Membre correspondant, à Rambervillers (Vosges)*. — (*Suite. Voir notre tome XVII*, p. 510.)

Observation 9e. — Le 13 mars, dans la soirée, en revenant de Rehaincourt, je fus prié de m'arrêter à Moyemont, canton de Rambervillers, pour visiter un nommé M., maçon, que je trouvai alité.

Cet homme, âgé de 52 ans, né de parents morts jeunes, avait une constitution délicate, un tempérament lymphatique bilieux. A l'âge de 32 ans, il avait eu une hémoptisie abondante, depuis laquelle il était resté assez sujet au rhume.

Au mois de février 1852, il contracta la grippe laryngo-bronchique. Celle-ci laissa après elle une augmentation de la toux antérieure qui devint quotidienne. M... ne recouvra pas entièrement ses forces; il maigrit, pâlit d'une manière marquée. Il eût eu besoin de repos, d'un bon régime alimentaire et d'un traitement; mais, père d'une nombreuse famille, et n'ayant d'autres moyens de subsistance que le travail, il continua à s'y livrer et à être mal nourri.

Dans les premiers jours de mars 1853, il fut de nouveau pris de la grippe, d'abord sous forme de coryza, ensuite sous forme laryngo-bronchique, avec oppression, douleurs rachidiennes dorsales, et fièvre ardente.

Le 9, eut lieu une hémoptisie abondante.

Le 12, cet accident se reproduit, et fait place à une sueur abondante d'assez longue durée.

Le 13, l'hémorrhagie a lieu de nouveau. Elle vient de finir quand j'arrive près du malade, et j'observe ce qui suit : Décubitus dorsal, teint jaunâtre, terreux; air de stupeur, bien que l'intelligence soit intacte; lèvres légèrement croûteuses; peau sèche et brûlante; pouls à 110 environ; respiration accélérée; toux quinteuse, déchirante, expectoration muqueuse, percussion douloureuse à la partie supérieure antéro-postérieure droite de la poitrine, où existe une grande matité; matité moindre à la partie supérieure gauche; râles muqueux de ce côté, sous-crépitants de l'autre; battements de cœur en rapport avec les pulsations artérielles qui, outre leur fréquence anormale, offrent une certaine dureté; langue rougie par le sang, sèche vers son milieu; nausées, soif vive, inappétence, sensibilité à l'épigastre et aux flancs, au flanc droit surtout; un peu de météorisme de l'abdomen; constipation depuis quelques jours, urines rendues rarement et en petite quantité.

Je prescris des ventouses sèches, suivies d'un large vésicatoire volant à la partie antérieure, puis à la partie postérieure de la poitrine; le calomel à dose purgative, une boisson légèrement vineuse, etc., etc.

L'hémorrhagie ne se reproduit pour ainsi dire pas, mais il ne tarda pas à se faire un épanchement dans la poitrine, épanchement de pus faisant manifestement bomber le côté droit, et dont le malade expectora une quantité considérable. La matière purulente, noirâtre, était d'une fétidité insupportable. Le cachet typhique se prononça de plus en plus, il se produisit du délire quelques jours avant la mort, qui eut lieu le 7 avril.

OBSERVATION 10e. — Le 16 février, je fus demandé au village de Domptail, pour la femme d'un cultivateur aisé. Voici les antécédents de cette femme :

Née de parents sains et forts, elle avait longtemps joui d'une bonne santé, lorsque, au mois de décembre 1850, elle devint enceinte pour la seconde fois, à l'âge de 22 ans. Tandis que sa première grossesse et ses premières couches, qui avaient eu lieu deux ans auparavant, avaient été heureuses, sa seconde

grossesse et les couches suivantes se passèrent dans des circonstances défavorables, que je vais brièvement relater.

Pendant cette grossesse, la jeune femme fut presque constamment souffrante, éprouvant de la céphalalgie, de la rachialgie et des troubles gastriques variables. Vers la fin, il se produisit une anasarque générale très-prononcée aux membres inférieurs, par lesquels elle avait commencé, et à l'abdomen devenu presque constamment douloureux.

Le 31 août, vers midi, se produisirent, au milieu d'un accablement général plus grand qu'antérieurement, les premières douleurs de l'accouchement. Les douleurs continuèrent jusqu'à trois heures. Alors cette femme devint en proie aux convulsions éclamptiques suivies de coma, qui se répétèrent à des intervalles de plus en plus courts. D'abord l'intelligence revint pendant chaque intervalle d'attaques, mais ensuite elle resta constamment abolie. Il en était ainsi, depuis quelque temps déjà, lorsque, vers 7 heures du soir, un officier de santé habitant un village proche, arriva près de la malade. Ne voulant rien entreprendre dans une conjoncture aussi grave, il dit d'aller chercher un docteur. On vint chez moi. J'arrivai chez la malade vers deux heures du matin. Il n'y avait plus que convulsions et coma, les intervalles avaient disparu; le pouls était petit et lent, la peau fraîche aux extrémités, il était temps d'agir. Que fallait-il faire? Les mouvements de l'enfant indiquaient qu'il était vivant; la tête se présentait au détroit supérieur dans une bonne position, la mère était bien conformée, mais la matrice ne se contractait plus que d'une manière insuffisante. Néanmoins, le col était suffisamment ouvert pour que l'on pût opérer l'extraction du fœtus. J'appliquai le forceps. L'enfant vint vivant, et il l'est encore aujourd'hui. L'extraction du placenta suivit de près, et ne fut précédée et suivie que d'une perte de sang médiocre. Tout cela se fit sans que la femme manifestât le moindre sentiment. Elle resta à peu près dans le même état pendant au moins deux heures; puis les accidents commencèrent à perdre leur intensité; les intervalles reparurent de moins en moins courts; une forte réaction eut lieu vers le milieu de la matinée, et l'intelligence commença à revenir. Elle ne fut entière, de même que la cessation de l'éclampsie, que dans l'après-midi. En même temps que l'amélioration se produisait, on voyait l'enflure diminuer; mais elle ne fut dissipée qu'au bout de plusieurs jours. La fièvre de lait s'établit comme de coutume, la femme allaita son enfant, les lochies suivirent leur cours.

Mais cette femme fut longtemps à recouvrer ses forces, ou plutôt elle ne les recouvra jamais entièrement. Il lui eût fallu du repos et un bon régime alimentaire, tandis que, grossièrement nourrie, elle ne tarda pas, en outre des soins donnés à ses enfants, et des occupations du ménage, à se livrer aux travaux des champs, qu'elle ne put, il est vrai, continuer longtemps. Aux douleurs rachidiennes qu'elle avait conservées, douleurs localisées à la région dorsale, s'étaient jointes de la dyspnée, une toux sèche, des douleurs sourdes, profondes à la partie antérieure de la poitrine, et un peu de fièvre continue, avec persistance, augmentation de la maigreur.

Je n'avais pas vu cette malade depuis l'application du forceps, lorsque je fus de nouveau appelé près d'elle au mois de février dernier, comme je l'ai dit en commençant.

Elle avait, depuis une dizaine de jours, une violente céphalalgie sus-orbitaire, du coryza, de la dysphagie, une augmentation des douleurs rachidiennes, de la dyspnée, une toux déchirante avec violente douleur au côté droit de la poitrine, expectoration difficile de matière muqueuse jaunâtre légèrement striée de sang, l'embarras gastro-intestinal, fièvre ardente, grand accablement. Je reconnus, par l'auscultation et la percussion, l'engorgement en grande partie chronique des deux poumons, à leur partie postérieure et supérieure, et un épanchement pleural droit.

Une application de ventouses, dont quelques-unes scarifiées, des frictions stibiées, des vésicatoires volants, le tartre stibié pris à doses variables, et d'autres moyens encore n'eurent d'autre résultat que de diminuer l'épanchement pleurétique. L'affection organique du poumon, la phthisie, firent des progrès rapides; il y eut bientôt des hémoptisies, des cavernes ne tardèrent pas à se former. La malade succomba, minée par la fièvre hectique, dans le courant du mois de mai.

Observation 11e. — Le 9 août, dans le même village, a succombé aussi une jeune femme, atteinte également de phthisie pulmonaire développée sous l'influence de la grippe. Chez celle-ci, l'accélération fut moins rapide, il n'y eut pas d'épanchement pleurétique, et cette femme eût pu vivre quelque temps encore, s'il n'était survenu une épistaxis abondante au milieu de laquelle le reste des forces s'est épuisé tout à coup.

La grippe, comme du reste nos autres pyrexies (1), peut donc servir de pierre de touche pour apprécier l'état organique de la poitrine.

(1) Que l'on me permette de répéter ici ce que j'ai dit dans un récent travail intitulé : *Influence des pyrexies sur la marche des organopathies* (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 11e livraison, 1855).

« L'influence accélératrice des pyrexies sur la marche des maladies organiques en général, et de l'affection tuberculeuse des poumons en particulier, est un fait que je suis à même d'observer fréquemment. »

L'appréciation de cette influence n'a certainement pas le mérite de la nouveauté, car on la trouve dans les œuvres d'Hippocrate, ainsi que le rappelle M. le professeur Andral dans sa savante histoire de la médecine depuis le médecin de Cos jusqu'à nos jours; mais cette appréciation n'en a pas moins d'importance au point de vue du pronostic et de la prophylaxie. Ainsi, un cas de pyrexie se présentant, on en jugera la gravité moins d'après le degré de cette maladie que d'après l'état organique de l'individu. Ne vois-je pas chaque jour, pour ainsi dire, une pyrexie d'apparence bénigne, et qui, chez un individu sain, guérirait promptement; ne vois-je pas, dis-je, cette maladie être suivie des conséquences les plus fâcheuses chez une personne ayant, et seulement à l'état rudimentaire, une affection organique de nature grave? Ainsi encore, la personne atteinte d'une maladie organique ou seulement menacée de cette maladie par le fait de l'hérédité, ne devra, s'il est possible, point habiter un pays de fièvres, de fièvres intermittentes particulièrement.

Ces fièvres, les nôtres du moins, mettent si bien en relief les altérations organiques préexistantes, que la plus petite, la plus cachée, se trouve révélée à l'observateur quelque peu attentif. Aussi, lorsque je vois se rétablir entièrement un malade atteint de fièvre intermittente, je ne crains pas d'affirmer qu'il ne porte aucun germe de maladie organique grave. Je m'estime heureux d'avoir rendu ainsi la sécurité à bien des familles.

Les malades dont je vais parler, n'eussent point guéri s'ils avaient porté, même seulement en germe, une affection organique de la poitrine.

Observation 1re. — Une dame de notre ville, âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, mariée il y a deux ans et demi, devint bientôt enceinte et bientôt aussi sujette à des accès de névralgie faciale. Les douleurs, qui affectaient le côté droit et principalement la région dentaire supérieure, furent suivies d'un abcès de la bouche, abcès critique qui fournit si longtemps un pus liquide, que l'on aurait pu craindre une altération osseuse qui n'existait point.

Après les couches, les douleurs névralgiques ne tardèrent pas à se reproduire, mais au côté gauche de la face et avec une intensité moindre. Elles se dissipèrent assez promptement sous l'influence de vésicatoires volants appliqués derrière l'oreille, de boissons calmantes et ferrugineuses, dont déjà la malade avait fait usage antérieurement.

Vers le 20 mars, après une nouvelle reproduction de ces douleurs sous type régulier, la malade fut prise d'une grippe offrant pour ensemble de symptômes : céphalalgie sus-orbitaire, coryza, angine pharyngienne, toux bronchique, légère dyspnée, douleurs rachidiennes dorsales, lassitude générale et fièvre médiocre.

Le 27, jour de Pâques, cette jeune dame, qui n'éprouvait plus qu'un reste de faiblesse, de la moiteur la nuit, une toux légère avec expectoration facile, alla à l'église, y resta longtemps et y eut froid.

Grande lassitude, malaise général lorsqu'elle rentra chez elle. La nuit, elle fut éveillée par de vives douleurs partant de la région dorsale de l'échine et s'étendant à tout le côté gauche de la poitrine, s'accompagnant de toux sèche, déchirante et d'une forte dyspnée.

Appelé dans la matinée du 28, je trouve la malade dans cet état d'anxiété qui n'a offert que de courtes rémissions irrégulières. Le visage est pâle, grippé, la peau fraîche aux extrémités; le pouls d'une grande fréquence, mais petit. La percussion me fait reconnaître un peu de matité vers la base du côté douloureux; l'auscultation, un bruit de cuir neuf; la bouche est mauvaise; il y a inappétence, soif par moments et constipation.

Contre cette forme pleurétique avec commencement d'épanchement, je prescris le tartre stibié à dose éméto-cathartique comme agent thérapeutique principal. Ce médicament, qui donne promptement lieu à de nombreuses évacuations gastriques et alvines, est administré à plusieurs reprises. Je fais prendre des boissons chaudes et appliquer un vésicatoire volant *loco dolenti*.

Le changement fut rapide. Au bout de trois jours, il n'y avait plus, outre la faiblesse générale déjà moindre, que les phénomènes d'une grippe bronchique bénigne, l'endolorissement et l'exaltation de la sensibilité cutanée dans la région de la poitrine où avaient existé les douleurs.

Une sueur abondante fut la principale crise de cette maladie grave, qui remplaça pendant quelques jours la névralgie faciale qui en avait déjà été le prodrome.

Le 15, la malade était entièrement rétablie.

Cette jeune femme était sujette au rhume depuis son enfance, on avait eu, pour sa poitrine, des craintes que l'issue de sa maladie a dissipées.

On avait éprouvé les mêmes craintes de la malade dont je vais relater le cas.

OBSERVATION 2e. — Le 25 avril, dans la matinée, un homme qui reste près de chez moi, vint me chercher en toute hâte pour sa fille, âgée de 18 ans, et que je trouvai dans l'état suivant :

Position assise sur le lit (la malade ne peut en occuper d'autre), tête fortement inclinée en avant, teint pâle, yeux saillants, lèvres violacées, respiration précipitée, sifflante, extrémités froides, pouls fréquent et petit, parole difficile, voix comme éteinte; atroces douleurs entre les épaules et dans tout le côté droit de la poitrine, où se produit une constriction tétanique. « Ce côté est comme serré dans un étau, » dit cette fille dont l'intelligence est intacte. A tout moment une toux sèche comme avortée, qu'on me passe cette expression, vient encore augmenter son état d'angoisse. Non-seulement la toux, la respiration et les moindres mouvements du thorax accroissent les douleurs, mais la plus légère pression sur cette partie est insupportable. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne me font rien constater qui indique une affection organique, soit des organes de la respiration, soit du cœur, dont les battements sont isochrones aux pulsations artérielles. Bruit de diable dans les régions carotidiennes, comme chez les chlorotiques.

Pendant que j'examine la malade, je recueille les renseignements qui suivent :

Virginie F. a toujours été d'une santé délicate, sujette à s'enrhumer sous l'influence du moindre refroidissement, et affectée d'une légère dyspnée habituelle. Un médecin, consulté lors de son enfance, avait dit qu'elle ne vivrait pas au delà de l'âge de treize ou de quatorze ans. La menstruation a été fort tardive, ne s'est montrée pour la première fois qu'à l'âge de dix-sept ans et demi. Cette fonction n'a été ni abondante, ni régulière. Les autres fonctions ont toujours été languissantes.

Le 21 avril dernier, convalescente d'une grippe bénigne, à forme bronchique, cette jeune fille eut l'imprudence, étant avec des amies, de rester dans une prairie sur les bords de l'eau, par un temps pluvieux. Toute mouillée en rentrant chez elle vers la nuit, elle ne tarda pas à éprouver un violent frisson, des douleurs rachidiennes, un accablement très-grand, une dyspnée plus prononcée que de coutume, et qui ne tarda pas à acquérir le haut degré dont je viens de parler. Depuis le début de ces accidents jusqu'au moment de ma première visite, il n'y avait eu que courtes rémittences, peu prononcées et peu régulières.

Comme chez la malade précédente, je prescrivis le tartre stibié à doses éméto-cathartiques, et qui, également, produisit de nombreuses évacuations par haut et par bas.

Le lendemain, un changement favorable bien manifeste eut lieu, mais il ne devait pas durer.

La maladie prit le type rémittent périodique. Je dus avoir recours aux antipériodiques. Plusieurs jours de suite, j'administrai un mélange de quinine à doses assez fortes, dans du café noir.

Cette médication, aidée de nouvelles doses d'émétique, de l'emploi de vésicatoires volants *loco dolenti*, de frictions irritantes *eodem loco*, d'infusions aromatiques, de nouvelles doses d'ipécacuanha, et de vin généreux pour boisson, a amené la guérison dans un laps de temps assez court.

La période de déclin de cette maladie fut marquée par le retour des accidents de la grippe bénigne, et aussi par des douleurs brachiales et faciales que la malade (je l'ai appris depuis) avait éprouvées pendant la période prodromique.

Il y eut plusieurs crises, mais la plus marquée fut une éruption générale de forme miliaire, ayant commencé, et surtout marquée au côté droit de la poitrine, où il est vrai, des frictions avec l'huile de croton tiglium venaient d'être pratiquées.

Mise à un régime tonique, à l'usage des préparations ferrugineuses, cette jeune fille est actuellement mieux menstruée, plus forte, moins oppressée, moins sujette au rhume qu'avant sa maladie.

Les deux cas qui précèdent montrent qu'il peut y avoir grand danger à commettre une imprudence pendant la convalescence de la grippe même bénigne. Les accidents qui se sont produits dans le cas suivant, quoique de nature différente, prouvent également ce danger.

Observation 3e. — Un boulanger de cette ville, âgé de 25 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne santé habituelle, sujet seulement à des épistaxis modérées, eut pendant quelques jours de la céphalagie sus-orbitaire, un coryza, un léger mal de gorge et de la toux.

Le 5 avril dans la soirée, étant encore un peu souffrant, il alla pêcher aux grenouilles, et eut, pour ce faire, les bras assez longtemps dans l'eau.

Le lendemain matin, il avait un érysipèle phlycténoïde envahissant toute la face et une partie du crâne.

Au lieu de suivre d'abord sa marche ordinaire, cet érysipèle rétrocéda, en grande partie, d'une manière brusque. Le malade eut alors des épistaxis inquiétantes et du délire. Il aurait très-probablement succombé, si l'affection cutanée n'eût repris son développement et suivi enfin son cours ordinaire, se terminant par desquamation.

Lors de la délitescence ou de la métastase, pendant que, à l'intérieur, je faisais employer les astringents, j'appelais la fluxion au dehors par des irritants cutanés, des vésicants appliqués principalement au siége de l'érysipèle.

Les guérisons de grippes graves ont été nombreuses. Dans les formes pneumonique, pleurétique, sèche et même avec épanchement, l'emploi du tartre stibié constituait, avec les vésicatoires volants, à peu près toute la médication, lorsqu'il n'y avait rien d'intermittent.

Tel était le cas de la femme H., de Vomécourt, âgée de 72 ans, atteinte de

grippe pneumonique, caractérisée surtout par la dyspnée, la toux et les crachats rouillés. Tel était le cas d'un vieillard de 65 ans, habitant notre ville, et chez qui les signes d'engorgement pulmonaire étaient on ne peut plus prononcés. Tel était le cas d'un jeune homme du village de Saint-Benoît, chez qui l'épanchement pleurétique était plus prononcé que chez la jeune femme dont il a été parlé tout à l'heure. Ces malades ont guéri en peu de temps.

J'ai vu, dans la grippe pleurétique, l'épanchement se produire d'une manière intermittente. C'était chez une jeune fille du village de Deinvillers, âgée de 16 ans, lymphatique, non encore menstruée. A plusieurs reprises, le tartre stibié dissipa un épanchement bien prononcé au côté gauche, et que remplaçaient des évacuations gastriques, intestinales et d'abondantes sueurs; à plusieurs reprises aussi, les perturbations nerveuses donnant lieu à l'épanchement se reproduisirent. Je dus, dans le traitement de cette affection, combiner l'emploi des préparations de quinquina avec l'emploi du tartre stibié. Le succès fut prompt.

L'empyème, suite de grippe, s'est produit de la même manière chez une jeune fille de Vomécourt, dont j'ai parlé au chapitre des *Tumeurs graisseuses*. Cette fille, à laquelle, comme je l'ai dit, j'avais enlevé une tumeur de ce genre, siégeant à la poitrine et rapidement accrue sous l'influence d'une névralgie thoracique fébrile, était assez bien portante depuis quelque temps, lorsque, vers la fin de janvier, elle fut prise, d'abord de légers accidents de grippe, puis d'une forte dyspnée qui, pendant plusieurs jours, se reproduisit d'une manière périodique, pour devenir ensuite continue. Quand je fus appelé près de la malade, la plus grande partie de sa poitrine rendait un son mat, la plupart des espaces intestinaux avaient disparu; elle crachait le pus abondamment; la prostration était extrême, la face hippocratique. Rien, pas même la ponction de la poitrine, ne pouvait la sauver alors. Il eût fallu être appelé plus tôt et, comme dans le cas précité, employer concurremment le tartre stibié et les préparations de quinquina.

Si l'on me reprochait de désigner sous les noms de grippe pneumonique, de grippe pleurétique, des affections que généralement on nomme pneumonie et pleurésie, je répondrais qu'il faut bien distinguer ces premières affections des pneumonies, des pleurésies franchement inflammatoires. Il est vrai que, pour cela, il suffirait de dire : pneumonie, pleurésie de la grippe. Peut-être même ces dénominations seraient-elles préférables aux précédentes; peut-être indiqueraient-elles mieux que les lésions matérielles qui s'y montrent sont le résultat de l'affection catarrhale, de la névrose appelée grippe.

Au milieu de cette épidémie de grippe, j'ai observé assez souvent la grippe cholériforme. Il y en eut même un cas chez moi :

Ma femme, âgée de 38 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, d'une santé délicate, qui avait déjà été atteinte à deux reprises d'une fièvre grave, fut prise de la grippe vers la fin de mars. Pendant quelques jours elle n'eut autre chose que le coryza, l'angine pharyngienne, la toux bronchique à un degré modéré, et accompagnés de céphalalgie, de rachialgie, de dyspnée, de mouvements fébriles médiocres. Puis, se produisirent un froid algide, des crampes, de vio-

lentes douleurs, tantôt dans la région dorso-pectorale, tantôt dans la région dorso-épigastrique, avec dyspnée intense, syncopes, vomissements, accidents dont la plupart se reproduisirent d'une manière intermittente et qui cédèrent à l'emploi du sulfate de quinine. Pour boisson, il fallut faire usage, comme dans les précédentes pyrexies, de vin généreux non coupé d'eau.

(La suite au prochain N°.)

TRAITÉ PRATIQUE DES HYDROPISIES DES GRANDES CAVITÉS CLOSES ; *par* M. LERICHE, *docteur en médecine, ex-chirurgien militaire, ex-médecin des dispensaires de la ville de Lyon, ex-médecin de la Charité maternelle de la même ville, médecin doyen du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, membre de la Société de médecine de Gand, etc.*

L'expérience est le seul guide certain.

En 1850, j'ai publié des observations qui tendaient à prouver que les injections d'iode dans le péritoine n'avaient aucune gravité pour le malade et que certaines hydropisies ascites pouvaient guérir par ce moyen. En m'appuyant sur des faits constatés par d'autres médecins, malgré toutes les précautions dont j'ai cru devoir m'entourer, ce n'est pas sans peine que j'ai vu MM. Vidal et Robert s'élever contre cette pratique et nous ramener au temps où Sydenham condamnait même la paracentèse, tant il est vrai qu'il est difficile à la vérité de se faire jour. Quand on veut trouver quelque chose de mauvais, les esprits les plus judicieux même se laissent toujours aller à des idées préconçues. Et en effet, n'est-il pas étrange de voir qu'on mette en doute l'utilité des injections iodées dans les hydropisies ascites idiopathiques. Il n'y a rien d'étonnant, a-t-on dit, de voir des hydropisies cesser après une ponction ou au moins la sécrétion urinaire se faire plus abondamment ; mais nous le demandons à notre tour : de quel droit veut-on nous opposer une semblable doctrine ? Est-ce que dans les observations que nous avons publiées, nous n'avons pas toujours employé ce moyen seulement après que tous les autres avaient échoué ? N'avons-nous pas mis en pratique ce précepte d'Hippocrate : *Ad extremos morbos extrema remedia ?*

Notre honorable ami, M. Abeille, a rendu un service insigne à la médecine en publiant son histoire des hydropisies. Je la regarde comme une œuvre achevée, parce qu'elle est fondée sur des appréciations exactes et qu'on y retrouve toute la sincérité du caractère que j'ai toujours connu à l'auteur. Ce n'est pas l'intérêt ou le désir d'une vaine réputation qui l'a fait écrire, mais le noble motif d'être utile.

Dans cet ouvrage dont les qualités surpassent beaucoup les défauts, il est une observation que j'ai faite à propos des injections iodées.

Il semble que l'auteur s'est plutôt attaché à en retracer un historique fidèle qu'à en faire ressortir les avantages. Il semble partager cette espèce d'anathème prononcé contre elles par M. Grisolle, appréciation du reste bien pardonnable

chez M. Abeille, car il n'en parle que d'après les documents que lui a fournis la science qui, d'après la manière dont elle présente les faits, semble infirmer ce qui a été fait, *tout en ne donnant que des observations favorables!*

Il est un point qui domine dans cette question : c'est l'appréciation des résultats définitifs ; dernièrement encore, l'auteur d'une observation de ce genre est tombé dans la même faute. C'est ainsi qu'on dit que sur 27 opérations de paracentèse avec injection, il y a 21 guérisons. C'est ainsi que M. Boinet, en confondant les cas d'abcès qui étaient ou qui n'étaient pas en contact avec le péritoine, est arrivé à des merveilles encore beaucoup plus grandes. Si nous cherchions bien, nous arriverions à des chiffres fabuleux ; mais nous ne sommes pas de ces hommes qui ont le don de présenter les faits de telle manière que la vérité se trouve obscurcie.

Dans une observation publiée par M. Rossignol, il semble que M. Boinet est l'auteur des injections iodées dans le péritoine.

Cependant, il n'est pas indifférent de confondre les médications dans un cas donné et nous ne saurions trop nous élever contre cette manière de faire qui nuit plutôt à la science qu'elle ne la sert ; c'est là une bien grande faute, car par ce manque de fidélité dans les faits, on arrive à rejeter les meilleures médications et cela parce qu'on n'aura tenu aucun compte de la manière dont les choses se seront passées. Aussi les reprenant avec plus de rigueur, nous dirons qu'on a fait 27 ponctions avec injections diverses dans le péritoine, et qu'on a obtenu 21 guérisons ; est-ce à dire pour cela qu'il est indifférent d'employer tel ou tel médicament pour faire l'injection? Non, certes, car si vous examinez les moyens mis en usage, vous verrez que le nombre en est très-restreint ; le protoxyde d'azote, par exemple, qui nous donne trois succès sur quatre tentatives. Comment se fait-il qu'un moyen aussi héroïque soit cependant abandonné et que la science n'offre que quatre observations dans un espace de temps assez long et qu'elle ne se trouve pas fixée sur un semblable moyen? Parce que tout simplement, et c'est ce qu'on ne dit pas, il y a eu des revers qui y ont fait renoncer. Aussi, en nous plaçant au même point de vue pour les injections iodées, nous arriverons à une appréciation bien différente ; car à elles seules, elles présentent un nombre égal à celui de tous les autres moyens réunis ; nous trouvons ainsi sur 13 injections, 11 succès. Aujourd'hui que le temps et l'expérience sont venus à notre aide, il nous est permis d'examiner les faits de plus près en ayant le soin de rejeter toutes les tentatives faites pour grandir en quelque sorte les résultats de l'injection iodée. Elles n'ont pas besoin de moyens auxiliaires pour démontrer leur efficacité ; car pour nous désormais elles sont un fait acquis à la science et rien ne viendra les détruire, leur usage étant d'une innocuité absolue même dans les cas où leur emploi ne peut avoir aucune influence sur l'ascite ; nous ne voyons pas pourquoi on ne tenterait pas de les faire dans les maladies où les moyens employés jusqu'à ce jour ont échoué ; par exemple dans certaines affections des organes abdominaux? Notre expérience nous a appris à présent à reconnaître, par l'inspection du liquide qu'on évacue par la ponction, si l'injection doit

réussir ; c'est là une vérité qui nous est démontrée et que nous ferons connaître un jour dès que nous aurons un nombre de faits qui nous permettra de formuler les lois qui doivent établir la règle générale.

HISTORIQUE.

En 1841, le chirurgien en chef de l'hôpital de Novarre, M. Pagani, injecta de la teinture d'iode dans un kyste séreux de l'abdomen qui était contenu dans les lames du péritoine (*Annali universali di medicina*, agosto 1841); pour nous c'est la première injection faite en contact avec la membrane séreuse de l'abdomen, car nous ne pouvons regarder le fait de M. Boinet comme étant le premier où la teinture d'iode a été mise en contact avec le péritoine, dans l'observation qu'il rapporte d'un abcès de la fosse iliaque.

Il est un autre point historique que nous chercherons à élucider. On se rappelle qu'en 1843, une discussion s'est élevée entre deux hommes pour qui nous avons une égale estime, bien que cependant il en est un avec qui nous sympathisions davantage à cause de nos rapports journaliers et de ses qualités toutes personnelles que nous apprécions hautement. M. le docteur Velpeau et M. le docteur Bonnet ont prétendu avoir des droits à la priorité des injections dans les cavités séreuses. Eh bien ! en recherchant dans les annales de la science, on trouve que trois médecins s'occupaient en même temps de la même question, et que par conséquent ils ont tous trois des droits à la priorité, ou pour mieux dire, qu'elle n'appartient à personne. Les maladies des cavités closes étaient un point de vue vers lequel les esprits étaient tendus ; la route était ouverte, plusieurs voyageurs l'ont parcourue en même temps. Tel est en somme le résultat des faits historiques, car si d'un côté nous voyons M. Velpeau, en février 1839, tenter des essais avec l'injection iodée, nous voyons que M. Pagani, en mai 1841, tenta l'injection iodée dans un kyste du péritoine par suite, dit-il, de ses recherches cliniques au moyen de l'injection de la teinture alcoolique d'iode dans l'hydrocèle ; ce qui peut faire supposer qu'il s'occupait de la question avant 1841. Mais si, restreignant le champ de cet historique, nous nous bornons aux faits qui ont trait aux cavités closes, nous pensons qu'il faudra établir la priorité d'après les faits livrés à la publicité. Ainsi, on trouve, comme ayant le premier fait cette tentative, M. Pagani, puis M. Dieulafoy, de Toulouse et M. Leriche en troisième lieu; mais chose bizarre, dans cette question se présente la même circonstance que pour l'histoire des injections dans les articulations, car j'avoue avec toute humilité que je ne connaissais aucun des faits dont je viens de parler, lorsque je fis ma première injection ; ce n'est que plus tard en voulant rédiger une note à ce sujet, que je trouvai les observations de MM. Pagani et Dieulafoy; et cependant, suivant un article que la *Gazette médicale de Lyon* vient de publier, il faut en rapporter tout le mérite à M. Boinet, car, dit-on, c'est à lui qu'appartient d'avoir généralisé l'emploi des injections iodées. Eh bien, pour notre compte, nous dirons que lorsque nous avons fait des injections d'iode, soit dans les abcès dits par congestion, soit dans les hydropisies ascites, non-seulement nous n'avions pas connaissance des travaux de M. Boinet, mais nous ignorions même complétement qu'il y eût un chi-

rurgien de ce nom, non pas que nous ayons pour cela la prétention de rabaisser en quoi que ce soit le mérite et la valeur de l'homme, mais nous tenons à rétablir les faits dans leur ordre naturel au point de vue général ; car à Lyon, c'est nous qui, le premier, avons fait des injections d'iode dans le péritoine, soit dans notre pratique civile, soit dans les hôpitaux ; et c'est nous, après M. Dieulafoy, qui avons fait des injections iodées pour le traitement des hydropisies ascites, bien que cependant, comme nous l'avons déjà dit, nous ne connaissions pas alors le fait du chirurgien de Toulouse, et ce n'est pas sans surprise que nous avons vu l'Académie de médecine accorder un prix à M. Boinet pour les injections d'iode contre les hydropisies ascites, alors que nous avions adressé un mémoire à ce sujet à l'Académie. M. Bégin, alors président (1849) m'annonçait qu'une commission était formée pour examiner le travail et qu'un rapport serait fait à ce sujet. Nous n'avons pas la prétention de la faire revenir sur sa décision.

DES CAVITÉS SÉREUSES ET DE LEUR IDENTITÉ.

Le traitement des hydropisies des grandes cavités closes par les injections iodées est-il rationnel? ou, en d'autres termes, puisqu'il a été emprunté à la thérapeutique des hydrocèles et de certains kystes, existe-t-il une certaine analogie entre la séreuse de la poitrine et la membrane séreuse de l'abdomen, et la tunique vaginale du testicule, soit au point de vue de la structure, soit au point de vue de la sécrétion? E. Huoskhe (*Encyclopédie anatom., splanchnologie*, pages 178 et suivantes, article Péritoine) dit : « Le péritoine est le sac séreux qui tapisse la cavité abdominale et les viscères logés dans cette cavité, à l'égard desquels il se comporte comme les autres membranes séreuses, c'est-à-dire qu'il les enveloppe en manière de gaîne; c'est la plus importante, la plus étendue et la plus compliquée de toutes les membranes séreuses, la plus importante, parce c'est de lui que naissent la plupart des autres, du moins la tunique vaginale du testicule, la plèvre et peut-être aussi le péricarde. »

Diemerbroeck n'est pas moins explicite (tome 1er, page 40) : « La membrane extérieure du péritoine forme dans les hommes deux productions, ou allongements en forme de fourreaux, ou canaux assez larges qui descendent vers le scrotum pour la défense des testicules et des vaisseaux spermatiques. »

M. Cruveilhier est plus explicite encore : « La tunique vaginale est formée par un prolongement du péritoine qui ne tarde pas à se séparer complétement du sac séreux dont il est une émanation pour constituer une membrane séreuse distincte. Dans plusieurs espèces d'animaux, la tunique vaginale communique avec le péritoine à tous les âges de la vie, et cette communication n'existe chez l'homme que dans des cas exceptionnels considérés comme des arrêts de développement. »

« Le système séreux, dit Bichat, est formé par le péritoine, la plèvre, le péricarde, l'arachnoïde, la tunique vaginale, etc. »

Non-seulement la nature des séreuses est la même, mais encore leurs produits

de sécrétion sont semblables. Ainsi, tout le monde connaît ce passage de Bichat :
« La nature des fluides du système séreux est bien manifestement albumineuse,
» les expériences de Howson, de Rouelle et Fourcroy, les analyses toutes ré-
» centes confirment ce fait, et les résultats auxquels la chimie organique est
» arrivée, ne permettent pas de doute à cet égard. »

M. Velpeau, dans son *Traité des cavités closes*, à l'article Séreuses, dit :
« Le mode d'origine et les fonctions se confondent d'une manière presque géné-
» rale dans les cavités closes ; dans les cavités splanchniques, les organes entre
» lesquels existent des cavités closes, sont doués de mouvements presque con-
» tinuels de déplacements inhérents à leur fonction spéciale ; il n'est pas jus-
» qu'à la glande séminale qui ne soit soumise dans le scrotum à des glissements
» presque perpétuels. »

Examen des opinions qui sont en faveur des injections iodées dans les grandes cavités closes.

L'analogie qui existe entre toutes les séreuses étant établie, nous ne voyons pas pourquoi l'ascite et l'hydrothorax ne pourraient pas se guérir aussi bien que les autres épanchements des autres séreuses identiques dans leur composition anatomique. Pourquoi donc une injection iodée dans la poitrine ou dans l'abdomen serait-elle plus à redouter que celle qui est faite dans la tunique vaginale ou dans les membranes synoviales ? Serait-ce parce que le péritoine doué de peu de sensibilité à l'état normal, pourvu de vaisseaux sanguins peu nombreux, semble devoir être peu disposé aux inflammations aiguës par causes traumatiques ? Est-ce l'organisation intime de ces séreuses qui n'offrent à leur intérieur ni villosités, ni follicules, ni glandes, qui ne peuvent produire aucun phénomène de nutrition ou d'excrétion, et sont par cela même étrangères aux organes qu'elles enveloppent ? Est-ce que leur fonction n'est pas toute passive. Au milieu d'une masse de faits que nous avons été à même d'observer, de plaies du péritoine n'ayant entraîné aucun accident dangereux, citons un exemple de manière à servir de corollaire au précepte que nous venons d'indiquer.

PLAIE PAR INSTRUMENT TRANCHANT PÉNÉTRANT DANS L'ABDOMEN.

Dans la nuit du 13 au 14 janvier 1840, le nommé Sautelcz, fusilier au 7e régiment d'infanterie légère, reçut dans la région iliaque droite de l'abdomen, vers la partie supérieure, un coup de couteau qui traversa toutes les parois de l'abdomen. M..., aide-major au 30e de ligne, fut appelé ; il fit rentrer une anse intestinale qui était sortie et n'avait point été lésée, et pratiqua deux points de suture ; ensuite il fit porter ce blessé à l'hôpital. Lors de son arrivée, le chirurgien de garde visita cet homme, et lui pratiqua une saignée de 500 grammes.

14 janvier. 1er jour. A la visite du matin, le malade accuse toujours beaucoup de douleurs vers sa blessure. Le pouls est élevé, la face est colorée, le malade paraît inquiet, il n'y a aucun gonflement. Des bandelettes agglutinatives sont placées, et par-dessus un plumasseau de charpie et une compresse ; les douleurs qu'accuse le malade ne permettent pas qu'on lui applique d'autre bandage.

Prescription. — Diète absolue, saignée de 450 grammes, eau gommeuse, un pot.

2e jour. La nuit a été assez bonne ; le malade a dormi. Même prescription, saignée de 500 grammes.

3e jour. Le malade est dans un état satisfaisant, aucun symptôme fâcheux ne semble vouloir se déclarer.

4e jour. Le pouls est un peu élevé ; il y a un peu de soif. Le malade n'est point allé à

la selle depuis l'accident; on prescrit une saignée de 500 grammes, un lavement émollient. La plaie n'offre rien de remarquable ; elle est pansée comme de coutume.

5e jour. Le malade est très-bien, une évacuation alvine a eu lieu par le lavement administré hier. Prescription : bouillon, eau gommeuse.

6e jour. Tout va bien ; soupe au lait.

11e jour. Depuis le sixième jour, rien de nouveau; le malade continue à bien aller. Une des anses du fil est enlevée; de nouvelles bandelettes sont mises. Les douleurs qu'éprouvait le malade ont disparu.

12e jour. La seconde anse de la suture est enlevée; il y a un peu de suppuration. Du reste, le malade est très-bien, il mange le quart de portion, des légumes. Diète de vin.

31 janvier, 18e jour. La plaie est presque entièrement cicatrisée ; le malade s'est levé deux heures ; il est très-bien. Tout fait espérer que d'ici à trois ou quatre jours il n'y aura plus de trace de l'accident.

Si nous ne craignions d'abuser de la patience du lecteur, nous pourrions multiplier des faits semblables à l'infini. Est-ce que, tous les jours, la chirurgie militaire n'a pas des plaies pénétrantes de la poitrine qui guérissent sans aucun accident ? Les exemples sont-ils donc bien rares où on a pu perforer quarante à cinquante fois les parois du ventre chez le même sujet, sans qu'il en résultât le moindre accident? Mais le danger viendrait-il de ce qu'on injecte de l'eau iodée dans les membranes séreuses, soit qu'elles recouvrent les intestins ou les poumons? Est-ce que la membrane séreuse qui recouvre, soit le testicule, soit les articulations, ne contiennent pas des organes au moins aussi sensibles que les intestins ou les poumons? Est-ce que, en général, ce genre d'opérations, dans les cas que nous venons de citer, n'est pas suivi des plus heureux résultats?

En présence de semblables faits, il est vraiment étrange de voir avec quelle sévérité ou de quelles idées préconçues on fait usage pour combattre ces injections dans la poitrine. Jean-Pierre Frank, dans son *Traité de médecine pratique*, dit : « Quelques médecins voulant prévenir le retour si prompt de l'ascite, ont » tenté, à la suite de la paracentèse, des injections astringentes dans l'abdo- » men. Mais, outre que les intestins, prenant la place de la sérosité, empê- » chaient la matière injectée de pénétrer, cette pratique, fondée sur une fausse » théorie, a toujours été nuisible plutôt qu'utile; nous n'attendons pas grand'- » chose des injections d'eau tiède pour délayer les humeurs épaissès qui restent » dans la cavité abdominale après l'évacuation de la sérosité. »

M. Grisolle, dans son *Traité de pathologie interne*, s'indigne des tentatives faites pour arriver à ce but :

« Nous ne citerons, dit-il, que pour les blâmer, certaines tentatives plus » qu'imprudentes qui ont été faites pour produire la guérison radicale de la ma- » ladie, telles que les injections astringentes et irritantes, ou l'introduction de » vapeurs vineuses dans l'intérieur du péritoine. Après les accidents funestes » dont de pareilles tentatives ont été suivies, ce serait *un crime de les répéter* » *encore*. »

« Il y a plus, dit M. Velpeau, qu'un ordre de cavités séreuses à explorer » sous le point de vue des injections iodées; mais celles-là sont, si l'on peut » s'exprimer ainsi, les plus inabordables de toutes; ce sont les cavités viscé- » rales, la cavité rachidienne, les cavités pleurales et les cavités du péritoine. »

On le comprendra sans peine, après avoir rappelé les opinions d'hommes

aussi éminents et dont les préceptes pour nous ont toujours été d'un si grand poids dans nos décisions, il fallait avoir des convictions bien profondes pour s'y déterminer. Quant à nous, nous n'avons eu qu'un but : le salut de nos malades, et nous nous sommes rappelé cette sentence de Publius Cyrus : *Conscientiæ potius quam famæ attenderis*, convaincu que nous étions des principes dont nous venons d'établir les bases.

Ce qui nous a déterminé à tenter ces essais, c'est cette espèce d'invitation et d'espérance formulées par M. Velpeau, dans son *Traité des cavités closes*, après avoir reconnu le danger qu'il y avait à tenter de semblables moyens :

« On comprend bien, dit-il, que ce n'est pas le manuel opératoire qui embarrasse ici, que c'est le danger de l'injection elle-même, et pourtant que de motifs d'attaquer le spina-bifida ou l'hydrorachis, l'hydrocéphalie, l'hydropéricarde, l'hydrothorax et l'ascite, à l'aide d'un remède, d'une opération qui réussit dans une si grande quantité de cas, qui entraîne si peu d'inconvénients quand on l'applique à d'autres cavités de même nature. Quand on sait que la mort est la terminaison presque inévitable de toutes ces maladies, traitées n'importe de quelle manière, n'est-il pas permis de songer à quelque remède nouveau? D'un autre côté, ajoute l'auteur, comment mettre la main à l'œuvre? Qui osera, le premier, porter la teinture d'iode dans le péritoine, quand on réfléchit aux dangers de la péritonite aiguë?... »

(*La suite au prochain N°.*)

FRACTURE CONSIDÉRABLE DU CRANE ; ENFONCEMENT D'UN FRAGMENT D'UN DEMI-POUCE SANS ACCIDENT ; GUÉRISON ; *observation communiquée par M. le docteur* PIERARD, *membre correspondant, à Charleroi.*

Un homme d'une soixantaine d'années, de forte constitution, fut renversé par le choc d'une porte en fer de fonte, lancée par l'explosion d'une chaudière destinée à recueillir le gaz ammoniac provenant du coke, et fut atteint violemment à la tempe droite. Ce choc lui fractura l'os coronal dans une étendue de plusieurs pouces, avec enfoncement d'un fragment osseux d'un demi-pouce ; l'individu fut relevé *quasi* mort. Le médecin appelé chercha à relever le fragment enfoncé et, ne pouvant y parvenir, le malade fut apporté à l'hôpital dans un état désespéré, au point que les journaux de la localité avaient annoncé qu'il y avait succombé peu de temps après son arrivée.

Voici l'état dans lequel je le trouvai le lendemain de son entrée : douleurs de tête, liberté des facultés intellectuelles, plaie contuse de plusieurs pouces d'étendue, perpendiculaire, située à la tempe droite ; enfoncement d'un fragment d'un demi-pouce.

Traitement. — Pansement simple, diète pendant les huit premiers jours, après lesquels une alimentation légère d'abord, puis successivement augmentée, fut accordée au blessé, dont l'appétit se faisait sensiblement sentir ; les douleurs de tête se dissipèrent peu à peu, sans qu'il fût nécessaire de rien faire de

spécial; enfin, la plaie, après avoir suivi la marche la plus régulière, fut cicatrisée au bout de deux mois. La cicatrice, qui représente un sillon dans lequel on peut loger le bout du petit doigt, fut précédée de l'exfoliation de quelques lamelles osseuses du coronal.

Réflexions. — Cet exemple, joint à une multitude d'autres de même nature, enseigne qu'il ne faut pas trop se tourmenter à vouloir relever les fragments osseux, à moins que des indications précises ne l'exigent; tels sont les symptômes de compression bien marquée ou permanente, le coma et la paralysie.

Hors de là, il est prouvé tous les jours que le cerveau relève insensiblement les fragments ou qu'il s'habitue à leur contact, ainsi qu'il est arrivé dans le cas que nous relatons.

Une circonstance digne de remarque a accompagné cet accident: c'est une altération de la voix (aphonie) qui a pris naissance avec lui et qui existait encore à la sortie du malade de l'hôpital.

Cette aphonie a-t-elle eu sa source dans la nature de cet accident? Si l'on passe en revue les causes qui peuvent donner lieu à cette affection, la pathologie nous apprend, en effet, qu'elle peut provenir d'une lésion de l'encéphale. Or, celui-ci a dû nécessairement recevoir une atteinte de l'accident qui eut lieu, tel qu'un ébranlement du centre encéphalique, et il ne serait pas étonnant, comme on l'a souvent observé, qu'elle persistât après la guérison. « On voit souvent l'aphonie, est-il dit dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, dépendre des affections du centre encéphalique, et, dans ce cas, elle persiste souvent, alors même que la lésion primitive, dont elle n'était que le symptôme, a cessé. »

Nous ne savons ce qui est advenu, sous ce rapport, chez cet homme, l'ayant perdu de vue depuis sa sortie de l'hôpital.

II. REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Médecine et Chirurgie.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LE SULFO-TARTRATE DE QUININE; par M. le docteur RAIMOND BARTELLA.

L'auteur de cet important travail, que le *Bulletin de thérapeutique* a publié dans trois de ses numéros, poursuit depuis deux ans l'étude des effets produits par l'association de l'acide tartrique au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. Ne pouvant reproduire en entier ce mémoire, nous en donnons ici les conclusions, en émettant le vœu que les résultats obtenus par M. Bartella soient pleinement confirmés par nos confrères des Flandres.

1° Le sulfate de quinine associé à partie égale d'acide tartrique est plus actif, à moindre dose, que le sulfate de quinine seul, plus avantageux dans la pratique, à cause de la dose moindre, par laquelle on peut triompher d'un accès quelconque de fièvre intermittente, préférable sous le rapport économique au sulfate de quinine, qui est cependant la moins chère de toutes les préparations de quinine.

2° La dose minimum à laquelle le sulfate de quinine associé à l'acide tartrique peut être administré, ou la dose économique de ce fébrifuge peut être évaluée, en général, à la moitié de celle du sulfate de quinine, qui est néanmoins la plus active de toutes les préparations de quinquina; mais, en particulier, il est impossible de préciser cette dose d'une manière absolue dans les diverses espèces de fièvres intermittentes, parce qu'elle varie suivant diverses circonstances; ainsi, sans parler de l'âge du

maladie, cette dose varie suivant la saison, la gravité, le caractère et la périodicité de la maladie. Tout en laissant la plus grande latitude à la sagacité et au coup d'œil du praticien, je dirai que :

Dans les mois de juillet, d'août et de septembre, à conditions égales, il est nécessaire de donner une plus forte dose qu'à d'autres époques de l'année;

Plus l'accès fébrile est intense, plus la dose doit être forte;

Dans les fièvres à caractère pernicieux, la dose doit toujours être plus élevée que dans les fièvres intermittentes simples; ainsi :

Dans les premières (les fièvres pernicieuses) la dose doit être moins forte quand elles sont sub-continues que lorsqu'elles coïncident avec un symptôme prédominant; dans les secondes, la première dose doit être d'au moins trente grains (1), et la seconde moindre, mais en rapport avec les changements en mieux survenus dans le nouvel accès; dans les premiers, la dose peut varier entre 12 et 24 grains, suivant la tendance à la continuité, et la seconde ne doit pas être moindre de 6 grains.

Dans les fièvres intermittentes légitimes, la dose varie suivant la périodicité : plus petite dans les fièvres tierces simples, un peu plus forte dans les quotidiennes et dans les doubles tierces, plus forte encore dans les fièvres quartes. En général, avec une première dose moindre de 8 grains, on ne coupe pas la périodicité. (Une première dose de 9 grains a réussi seulement dans quelques cas de fièvres tierces légitimes et 12 grains ont coupé 17 fois sur 30 la fièvre tierce, 1 sur 7 la fièvre quotidienne, 15 sur 46 la fièvre double-tierce et 2 sur 18 la fièvre quarte, de sorte que la première dose ne doit pas être, pour les fièvres tierces et quotidiennes, moindre de 9 grains, ni plus forte que 18 ou au plus que 24 grains, et la seconde dose d'autant moindre, que la première a été plus forte et quelquefois égale à celle-ci, si du moins elle n'a pas dépassé 6 grains).

Dans les fièvres quartes, le mode d'administration le plus avantageux du fébrifuge consiste à donner un demi-scrupule de fébrifuge avant l'accès, et une dose semblable au commencement de la sueur, 6 grains de la même manière le jour du nouveau paroxysme, et 6 autres grains le jour où l'on attend le troisième accès, qui manque habituellement.

3° Relativement au mode et à l'époque d'administration du sulfo-tartrate de quinine, on peut dire qu'il est plus actif s'il est dissous dans une petite quantité de liquide et si on le fait prendre dans la période de sueur.

En terminant, je crois pouvoir résumer les avantages du sulfo-tartrate de quinine dans les propositions suivantes : économie considérable, certitude plus grande de guérison, nombre moindre de récidives et facilité plus grande à triompher de celles-ci.

Emploi de la belladone contre la salivation; par M. le docteur ERPENBECK. — Une femme, atteinte d'entérite sérieuse, avait été soumise à un traitement par le mercure à l'intérieur et à l'extérieur. A la suite, il lui était survenu une abondante salivation. L'auteur prescrivit 2 grains et demi d'extrait de belladone dans une émulsion pour les vingt-quatre heures. Le lendemain, la salivation avait disparu et la bouche était complétement sèche. Dès que l'emploi de la belladone fut interrompu, la salivation reparut; elle disparut encore dès qu'on revint au médicament. L'auteur croit donc d'après ce fait, et d'après quelques autres observés par lui, que la belladone constitue un bon moyen prophylactique contre la salivation. (*Hanover corresp. Blatt.*)

Emploi de la créosote contre la gangrène de la bouche; par M. le docteur HASBACH. — L'auteur a eu l'occasion de voir un assez grand nombre de cas de cette maladie, chez des enfants pauvres habitant des endroits humides et malpropres, chez lesquels elle suivait une marche si rapide que l'on n'avait pas grand temps pour se revoir. La créosote fut étendue avec un pinceau sur les parties malades, et, dit l'auteur, avec un plein succès. Il se montrait bientôt une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades, et les parties molles gangrenées ne tardaient pas à se séparer, ce qui amenait la guérison.

D'après l'expérience de l'auteur, la créosote réussirait mieux dans les cas où l'économie et les liquides semblent avoir éprouvé une altération septique, que lorsque la maladie est purement locale et ulcéreuse. (*Organ. für die gesammte Heilkunde et Scalpel.*)

(1) La dose de sulfo-tartrate de quinine indiquée par l'auteur doit toujours s'entendre d'une dose égale de sulfate de quinine et d'acide tartrique.

Sur la différence entre la phthisie et la tuberculose; par Rud. VIRCHOW. — L'auteur rappelle qu'après avoir établi, dans des communications antérieures, l'origine inflammatoire et locale de certaines tuberculoses, et après avoir trouvé la formation des cavernes et l'ulcération des poumons indépendantes, dans beaucoup de cas, de la tuberculose, il était arrivé à admettre qu'un grand nombre de formations nouvelles peuvent subir la métamorphose tuberculeuse sans pour cela être des tubercules. Il a montré qu'il n'existe pas d'exsudation tuberculeuse avec des caractères spécifiques, mais que le tubercule se produit partout aux dépens des éléments organisés de nos tissus.

Cependant l'expression de métamorphose tuberculeuse qu'il avait proposée pour désigner cette modification morbide des tissus, ne lui paraît pas convenable, et il la remplace aujourd'hui par la dénomination de métamorphose *caséeuse* (*kasige metamorphose*), afin de mieux faire ressortir ses caractères. Le tubercule peut donc devenir caséeux, comme le pus, le cancer, le sarcome; en d'autres termes, la nature caséeuse ne constitue pas un caractère spécifique du tubercule, elle n'est qu'une forme, à la vérité très-fréquente, de sa métamorphose.

On a tort de regarder la phthisie pulmonaire et la tuberculose comme identiques. L'infiltration caséeuse du parenchyme pulmonaire, soit qu'elle se rattache au véritable tubercule ou à un épaississement du produit de la sécrétion bronchique, n'est pas une condition nécessaire de la phthisie.

Reinhardt et Carswell ont clairement démontré qu'une grande partie des désordres des poumons que l'on attribue à des tubercules proviennent de pneumonies anciennes suppurées. Les masses caséeuses que ces auteurs ont trouvées dans les bronches et dans les alvéoles des poumons, et qu'ils ont montrées provenir d'un pus épaissi, ne méritent pas le nom de tubercules; car on trouve quelquefois, au milieu de ces masses, ou sans elles, le vrai tubercule tel qu'il se caractérise si bien dans la méningite tuberculeuse. La tuberculose aiguë du poumon, pas plus que la tuberculose chronique, ne dérive du pus; l'une et l'autre proviennent d'amas gris, celluleux, d'abord mous, puis plus consistants, remarquables par la friabilité des cellules et par la fréquence des noyaux, et qu'on ne peut nulle part mieux distinguer et reconnaître que dans la muqueuse des bronches. Il existe donc une bronchite tuberculeuse dans laquelle la muqueuse bronchique sécrète du pus et contient des tubercules, comme nous voyons la méningite produire des infiltrations purulentes à côté des granulations tuberculeuses qui la caractérisent.

Il convient donc de circonscrire l'idée du tuberculose pulmonaire et de la séparer de la phthisie. Les questions relatives à l'antagonisme entre la phthisie et certaines maladies ou certaines régions, ne pourront que gagner à cette séparation. Il en est de même pour ce qui concerne l'étiologie des deux affections. Habitué qu'on était à regarder le tubercule comme un produit dyscrasique, comme une exsudation spécifique qui faisait nécessairement supposer l'altération spécifique du sang, on arrivait à envisager la phthisie pulmonaire comme l'expression, la localisation d'une dyscrasie particulière contre laquelle on avait d'autant moins d'espoir de réussir qu'on pourrait le plus souvent en attribuer la cause à l'hérédité. Cette dernière cause est certainement de la plus haute importance, mais elle constitue une base constitutionnelle et non dyscrasique de la maladie. Or cette distinction n'est pas purement théorique; elle peut avoir des applications pratiques importantes. La disposition héréditaire se lie presque toujours à une faiblesse native de l'organe menacé, et l'on comprend qu'il n'est pas impossible, par des soins bien entendus, de combattre les effets de cette disposition. (*Verhandl. der physic.-med. in Wurzburg Gesells* et *Gazette médicale de Paris.*)

Emploi du cubèbe contre l'incontinence d'urine. — Les effets si remarquables exercés par le copahu et le poivre cubèbe sur les organes génito-urinaires, et l'heureux succès de ce traitement dans la blennorrhagie ont engagé les médecins à tenter l'emploi de ces moyens contre plusieurs autres maladies des mêmes organes. C'est ainsi que nous avons rapporté, il y a un an ou deux, un fait d'hématurie qui a été traité avantageusement par le cubèbe. Nous trouvons dans un journal allemand un travail de M. Deiters qui recommande ce même médicament contre la faiblesse de la vessie, du système nerveux et de la moelle épinière. C'est surtout dans l'incontinence d'urine liée à l'atonie du col de la vessie ou à la présence de vers intestinaux que M. Deiters se loue de ce traitement; seulement la dose de cubèbe doit être assez forte, deux fortes pincées tous les jours chez les petits enfants, deux à trois demi-cuillerées à café chez des enfants plus âgés ou des jeunes gens, tous les jours pendant trois à huit semaines. Sous l'influence de

ce traitement, dit M. Deiters, l'incontinence diminue graduellement, ne se montre plus qu'à certains intervalles et finit par disparaître entièrement; ce moyen n'a du reste aucun inconvénient. D'après M. Deiters, on réussirait encore avec le cubèbe contre les pollutions des onanistes et dans les paralysies de la vessie consécutives à des chutes sur la colonne vertébrale. (*Orga. Vieste. Zeit.* et *Bulletin général de thérapeutique.*)

Observation de paralysie de la vessie traitée avec succès par les injections de nicotine. — L'emploi des injections vésicales a gagné beaucoup de terrain dans ces derniers temps; nous ne croyons pas cependant qu'avant M. Pavesi, quelque chirurgien ait eu la hardiesse d'injecter dans le réservoir urinaire une substance aussi active et aussi énergique que la nicotine, dans le but de guérir la paralysie vésicale. Voici en quelques mots le fait rapporté par M. Pavesi.

Un homme de plus de soixante ans avait été pris, à la suite d'un refroidissement survenu pendant la nuit, de douleurs violentes dans la région lombaire et à la partie inférieure de la colonne vertébrale, dans les aines et dans la région de la vessie, avec strangurie. Après dix jours, tous les symptômes aigus avaient disparu, mais le malade conserva une paralysie de la vessie, de sorte qu'il lui fallait se faire sonder deux ou trois fois par jour ou porter une sonde à demeure. Divers moyens avaient été employés sans succès, lorsque, deux mois et demi après le début des accidents, le malade vint consulter M. Pavesi. Ce chirurgien employa d'abord l'électricité pendant un mois; mais il n'y eut pas de résultat soutenu ni durable, et le malade n'urina jamais librement plus de deux heures après l'électrisation. M. Pavesi songea alors aux injections de nicotine pour rendre à la vessie la contractilité qu'elle avait perdue. Voici comment il y procéda : il introduisit une grosse sonde en argent dans la vessie, retira l'urine et pratiqua une injection de 4 à 5 onces d'une décoction faible de mauves pour nettoyer les parois vésicales ; après quelques minutes, il laissa écouler le liquide et il injecta 15 grammes d'une solution de nicotine comme suit :

Pr. Nicotine. . . .	0,60	gram.
Eau distillée . .	360	—
Mucilage . . .	30	—

L'opération fut répétée une seconde fois dans l'après-midi; on y revint tous les jours, et, après trois jours, la quantité de la solution fut portée à 30 grammes. En continuant ainsi tous les jours, la vessie reprit graduellement sa puissance contractile, de sorte qu'après quinze jours, le malade pouvait se passer complétement du cathétérisme. Jamais les injections n'amenèrent d'effet particulier sur les centres nerveux. Après vingt jours, le malade urinait par un jet parabolique de vingt-sept centimètres de diamètre, sans aucun effort.

Nous avons cru devoir faire connaître ce fait, parce que la nicotine, par la puissance tétanique qu'elle possède, est certainement susceptible de rendre des services dans les paralysies; mais, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'un agent aussi terrible ne devra être manié qu'avec une très-grande prudence et en commençant par des doses très-faibles, sauf à les augmenter graduellement.

(*Gazetta med. Lombarda* et *Bulletin général de thérapeutique.*)

Emploi du chloroforme en vapeur contre les ténesmes. — Un médecin allemand, M. Ehrenreich, rapporte avoir fait usage avec succès de vapeurs de chloroforme chez un malade affecté de dyssenterie et souffrant de ténesmes intenses et douloureux. Dans une seringue à lavement, dont le piston laissait un espace libre de quatre pouces environ, il versa 30 gouttes de chloroforme. Lorsque celui-ci se fut mêlé à l'air, il poussa les vapeurs dans l'intestin, au moyen d'une canule ordinaire. Après l'irritation passagère qui se manifesta, les ténesmes cessèrent pendant trois heures et durant ce laps de temps il ne se fit pas d'évacuations alvines. La matière de celles qui survinrent plus tard était d'un meilleur aspect et contenait considérablement moins de sang. Lorsque, le lendemain, les ténesmes se firent sentir de nouveau, Ehrenreich versa 30 gouttes de chloroforme sur une petite éponge qu'il appliqua au moyen d'un verre à ventouse sur l'orifice anal déplissé. Cette application fut suivie du même résultat, mais produisit une irritation locale un peu plus vive.

L'auteur pense que dans des cas semblables on pourrait se servir d'une petite bouteille contenant un drachme de chloroforme qu'on vaporiserait à l'aide de la chaleur des mains ou de l'eau chaude, et dont les vapeurs seraient conduites dans le rectum par un tube d'une longueur convenable de caoutchouc ou de gutta-percha. (*Preusr. Ver.-Zeit.* et *Ann. méd. de la Flandre occid.*)

EMPLOI LOCAL DE LA VAPEUR DE CHLOROFORME CONTRE LES DOULEURS UTÉRINES; par M. S. L. HARDY. — Les douleurs que le praticien anglais a surtout en vue de calmer par ce moyen sont celles que cause le cancer de l'utérus; souffrances atroces, torturantes, intolérables, que l'opium endort, sans doute, mais au prix d'une congestion cérébrale qui amène un état de torpeur et de céphalalgie presque aussi insupportable que le symptôme contre lequel il a été administré. Aussi accueillera-t-on avec empressement cette nouvelle tentative, faite pour substituer un agent local à un sédatif qui n'opère que par l'intermédiaire d'une perturbation grave infligée à tout l'organisme.

L'appareil dont se sert M. Hardy est assez simple : c'est un récipient métallique auquel on adapte, d'une part, un insufflateur en caoutchouc, de l'autre un tube terminé par une canule de la longueur et de la forme les plus propres à porter l'agent anesthésique sur les parties malades. Notre confrère irlandais recommande de ne placer dans le récipient qu'une éponge imprégnée de chloroforme, et non du chloroforme en nature. Sans cette précaution, on s'exposerait, lorsqu'on comprime ensuite l'insufflateur, à pousser sur les parties malades non-seulement de la vapeur, mais du chloroforme liquide, ce qui doit être évité.

On comprend qu'avec ce mode de propulsion le praticien demeure maître de varier la quantité de vapeur et sa force de projection, suivant les indications spéciales à chaque cas et suivant aussi les premiers effets qu'il voit être déterminés par l'action de ce remède. En général, les malades ressentent d'abord une chaleur plus ou moins forte, et dont elles supportent plus ou moins aisément l'impression assez pénible; mais elle cesse au bout de peu de minutes et fait immédiatement place à un état de bien-être produit par l'apaisement des souffrances qui existaient précédemment. La douleur se suspend en premier lieu dans les reins, puis dans la région du pubis.

Le calme produit par ce procédé dure plusieurs heures; la douleur ne revient ensuite qu'atténuée. Toutes les malades chez lesquelles il a été mis en usage l'ont préféré à l'administration de l'opium, et comme il ne fatigue ni les organes digestifs ni le système nerveux, on reste libre d'en recommencer l'application aussi souvent que l'indication s'en renouvelle.

Du reste, la dysménorrhée, les douleurs utérines qui précèdent parfois à l'avortement sont également soulagées par cette douche anesthésique. M. Hardy cite plusieurs cas où il a suffi d'une douzaine de jets de vapeur (dans la même séance), pour amener la sédation vainement demandée auparavant à d'autres médications. (*Dublin Quarterly Journal* et *Gazette hebdom. de médecine.*)

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS PURGATIVES DU RHAMNUS FRANGULA; par le docteur J. OSSIEUR, de Roulers.

> Ne pigeat ex plebeis suscitari si quid ad curationem utile.
> (HIPP.)

Le but de cette note est de vulgariser l'emploi d'une substance qui n'est guère connue qu'à la campagne, où il est de pratique traditionnelle, bien que son utilité thérapeutique, connue depuis Mathiole, le savant commentateur de Dioscoride, s'appuie sur de nombreux et honorables témoignages.

Le *Rhamnus frangula de Linné* (Syn. : *Nerprun bourdaine, Bourdaine, Rhubarbe des paysans, Aune noir, Bois noir, Bere, Frangula*, DOD., *Alnus nigra baccifera*, BAUH., *Zwarte els, Onseboomenhout, Sporkenhout, Pylhout*) est un grand arbrisseau indigène très-commun dans les endroits humides des bois. Son écorce fraîche et donnée à la dose d'une demi-once à une once sur une décoction de six onces, provoque ordinairement de nombreux vomissements, accompagnés quelquefois d'évacuations alvines. A une dose moindre, de 1 à 2 drachmes par exemple, et administrée sous la même forme, elle s'est montrée, entre nos mains, le plus souvent inerte. Sèche et vieille d'une année, l'écorce de bourgène est un excellent purgatif dont les paysans belges faisaient déjà un fréquent usage du temps de Dodoens. On l'administre à la dose d'une demi-once à une once sur six onces de colature.

Le Rhamnus frangula, administré à dose purgative, ne me paraît pas doué de propriétés spéciales, bien que Gumbrecht (1) le considère comme un purgatif résolutif, tonique, fortifiant, et que M. Cazin (2) ait eu à s'en louer dans un cas de leucophlegmatie consécutive à une fièvre intermittente; mais comme simple évacuant, c'est peut-être le meilleur purgatif que nous ayons. En effet, il produit des selles molles, sans douleur aucune, contrairement à l'effet que produit l'administration de la plupart des autres purgatifs, tels que les feuilles de séné, etc.; il ne pa-

(1) *Hannoversche Annalen*, Neue folge, III, 2.
(2) *Traité prat. et rais. de l'emploi des plantes méd. indigènes*; Boulogne, 1849.

rait pas non plus augmenter sensiblement les sécrétions intestinale, biliaire et pancréatique. C'est à tort, selon nous, que Ditterich (1) avance que la bourgène provoque parfois des selles bilieuses, saturées de bile, comme il le dit. Ce qui a pu donner le change à cet observateur, c'est que les matières fécales qui ont longtemps séjourné dans le cœcum, ainsi que cela s'observe si souvent chez les vieillards, sont toujours plus ou moins colorées, et d'autant plus, suivant la remarque d'Osborne, que ce séjour a été plus prolongé. Il y a, de plus, à remarquer à ce sujet que certaines constitutions se montrent réfractaires à l'action de ce médicament; or, ce sont précisément, ainsi que notre regrettable ami feu le docteur A. Fredericq en avait déjà fait la remarque (2), les individus bilieux qui sont dans ce cas.

Le Rhamnus frangula a encore d'autres avantages : il est à la portée de tout le monde et sans valeur vénale; il ne produit jamais ni irritation des muqueuses, ni relâchement intestinal consécutif, ni des symptômes d'intoxication, à quelque dose qu'on l'élève; il n'a pas, comme l'aloès, les purgatifs salins, etc., l'inconvénient de donner lieu à un retard de selles consécutif; enfin, loin de déranger les fonctions digestives, il semble, au contraire, les rendre plus actives, sans que nous veuillons dire pour cela, avec Gumbrecht, qu'il possède une propriété tonique. Quoi qu'il en soit, toujours est-il, ainsi que l'avance M. J. Roques (3), que le Rhamnus n'excite jamais violemment les tuniques intestinales. C'est donc un purgatif doux, un évacuant pur et simple, qui opère sans occasionner dans l'économie aucun trouble momentané ou consécutif. Il peut remplacer avantageusement dans la plupart des cas, dans la médecine des pauvres surtout, l'aloès, la rhubarbe et autres purgatifs exotiques.

Les indications de ce médicament ressortent clairement de ce qui précède. Ainsi, lorsqu'on veut obtenir un simple effet évacuant, rien ne saurait remplacer la bourgène : depuis cinq ans nous en avons fait l'expérience sur un grand nombre de personnes et sur nous-même. Mais une fois que l'on veut agir dynamiquement ou substitutivement sur la muqueuse gastro-intestinale, il faut avoir recours à d'autres agents.

Le Rhamnus est préconisé par les paysans dans le traitement de l'amygdalite, de la goutte. Dans la première de ces maladies, nous ne lui avons pas reconnu plus d'efficacité qu'aux autres purgatifs, moins qu'au calomel, il s'en faut de beaucoup. Dans la goutte, il combat la constipation, sans avoir l'inconvénient d'irriter l'estomac comme le font un grand nombre d'autres purgatifs.

Dans la constipation habituelle des vieillards, non liée à un défaut de sécrétion biliaire, la bourgène convient d'autant mieux que son action purgative peut être maintenue pendant quelques jours sans être suivie de constipation. Toutefois, lorsque l'on veut que cette plante donne tout le bénéfice qu'on est en droit d'en attendre, il convient, ainsi que le remarque le professeur Marcus, de Würsbourg (1), de ne pas trop longtemps insister sur son emploi et de n'en pas forcer les doses. Ce précepte est, du reste, également applicable à la plupart des purgatifs, à ceux surtout tirés du règne végétal, l'économie s'accoutumant vite à leur action.

Gumbrecht qui, en 1843, a tiré de l'oubli le Rhamnus frangula, assimilait ce purgatif à la rhubarbe; il le préconise dans plusieurs maladies du bas-ventre, dans la pléthore abdominale, les hémorrhoïdes anomales, les affections hémorrhoïdaires, etc. Notre expérience personnelle ne nous autorise pas à attribuer à la bourgène une action particulière, spéciale sur ces affections.

Mode d'administration. Gumbrecht (2) prescrivait le Rhamnus frangula de la manière suivante, en modifiant toutefois sa formule à raison des différentes indications :

P. Écorce sèche et vieille de bourdaine.	45	gr.
— d'orange coupée menu	8	»
Eau commune	2	litres.

Faites bouillir pendant deux heures, ou mieux jusqu'à réduction de moitié, et vers la fin de cette décoction ajoutez :

Écorce d'orange	12 à 15 gram.
Semences de cumin concassées.	12 grammes.

On doit prendre, le soir en se couchant, une petite tasse (de 60 grammes environ) de cette décoction.

Quant à nous, ne regardant l'addition de l'écorce d'orange et de graines de cumin que comme un surcroît inutile de besogne et de dépenses, nous ne faisons jamais usage de ces aromates. Il nous est avis qu'il faut simplifier et rapprocher de la médecine domestique, autant que possible, la préparation des médicaments tirés

(1) *Prag. Vierteljahrschr.*; 1851, n° 3.
(2) *L'Observateur des sciences méd.*; 1852, n° 5.
(3) *Phytographie médicale*; Paris, tome III, p. 299.

(1) *Prag. Vierteljahrschr.*, loc. cit.
(2) *Ann. de thérap.*, 1846, et *Traité de mat. méd. indigène*, par le docteur Dubois, de Tournai; 1849, p. 312.

de la Flore indigène, alors surtout que c'est par leur bas prix et la facilité avec laquelle on se les procure qu'ils se recommandent à l'attention des praticiens. Nous prescrivons donc simplement les tiges sèches, non dépouillées de leur écorce et coupées menu, que nous faisons bouillir dans une quantité donnée d'eau (voir plus haut les doses) : on avale une tasse de cette décoction saturée, que l'on peut édulcorer à volonté. Le plus souvent, deux heures après, a lieu, sans coliques, une évacuation de matières fécales.

Tout le monde étant à même de vérifier journellement l'exactitude de ce qui précède sur les propriétés purgatives de la bourgène, il serait inutile et fastidieux, pensons-nous, de rapporter ici des histoires de malades à leur appui.

(*Annales méd. de la Flandre occid.*)

THÉRAPEUTIQUE DU RACHITISME. — Voici les moyens employés contre le rachitisme par M. Hauner, dans son hôpital d'enfants. Comme moyens externes, il a recours aux bains (bains aromatiques avec la camomille, le calamus aromaticus, bains de foin, de tan, de drèche, de sable ; bains ferrugineux), aux frictions sur le rachis avec le genièvre ordinaire, aux lotions avec le *spiritus formicarum* (1). A l'intérieur, il donne l'huile de foie de morue, qu'il regarde, avec M. Trousseau, comme le remède par excellence contre cette maladie ; il l'administre de 1 à 3 drachmes, jamais davantage, aux enfants au-dessous de deux ans. Il prescrit, en outre, des toniques, et notamment l'extrait de quinquina préparé à froid, le *ferrum pomatum* (2), la teinture de rhubarbe aqueuse et vineuse. La racine de garance lui a toujours paru dépourvue de toute action. Comme M. Trousseau, il proscrit la viande et les légumes du régime des enfants rachitiques, pour les alimenter au moyen du régime lacté, corroboré de quelques substances farineuses de facile digestion. Aux enfants âgés de trois ans et davantage, il permet l'usage d'une quantité modérée de bonne bière et même d'un peu de vin vieux et généreux.

(*Froriep's Tagesber.* et *Ann. méd. de la Flandre occid.*)

NOUVELLE MÉTHODE, DITE MÉTHODE PAR PINCEMENT, EMPLOYÉE PAR LE PROFESSEUR GERDY, POUR LE TRAITEMENT DES FISTULES A L'ANUS A ORIFICE SUPÉRIEUR TRÈS-ÉLEVÉ, OU COMPLIQUÉES D'UN DÉCOLLEMENT QUI REMONTE TRÈS-HAUT ; par M. CARREAU, D.-M.-P.

Ainsi que l'indique ce titre, mon intention n'est point de faire l'histoire complète des fistules à l'anus. Je ne m'occuperai que des fistules compliquées de décollement qui remontent très-haut dans l'intestin, ainsi que de celles dont l'orifice supérieur se trouve à une distance que le doigt ne peut atteindre ou n'atteint que difficilement. Le traitement de ces variétés de fistules à l'aide des moyens ordinaires, c'est-à-dire l'incision et la ligature, est difficile, imparfait, et souvent fort dangereux pour le malade.

La disposition anatomique de la fin de l'intestin fait voir que c'est avec raison que l'on doit redouter l'hémorrhagie dans ces cas particuliers. En effet, les artères hémorrhoïdales supérieures, terminaison de la mésentérique inférieure, conservent souvent, en se perdant sur la muqueuse intestinale, un calibre considérable jusqu'en bas. Cela a lieu surtout chez les personnes sujettes aux hémorrhoïdes. On peut donc les diviser dans l'opération de la fistule, et produire une hémorrhagie d'autant plus inquiétante qu'elle remonte plus haut.

Du reste, les exemples d'hémorrhagie consécutive à l'incision ne sont pas rares dans les livres des auteurs qui la pratiquaient pour ces sortes de fistules. J.-L. Petit en cite un remarquable, dont voici l'analyse. L'accident se manifesta chez un malade opéré par un jeune chirurgien. Le tamponnement fut appliqué ; mais, l'hémorrhagie continuant au-dessus du tampon, le sang qui distendait l'intestin faisait éprouver au malade un besoin violent d'aller à la garde-robe. Il fallut enlever l'appareil. Le malade évacua une grande quantité de sang. Nouveau tamponnement, nouveau besoin d'évacuer aussi impérieux que le premier. Le malade s'affaiblissait et présentait tous les symptômes d'une hémorrhagie abondante. Le jeune chirurgien, justement effrayé, crut devoir recourir à l'application d'un bouton de vitriol, qu'il maintint appliqué sur l'endroit d'où sortait le sang. Par ce moyen, l'hémorrhagie s'arrêta, mais il

---

(1) L'esprit de fourmis se compose de :

Fourmis . . . . 1 partie.
Alcool . . . . . 2 —

Distillez une partie.

(2) Le *ferrum pomatum*, plus connu sous les noms de *Tinctura martis* seu *ferri pomata* ; *teinture de malate de fer*, *teinture de fer cydonié*, c'est le suc de coings qui a fermenté avec la limaille de fer.

Pr. Succ. cydon. . . . 15 p.
Lim. ferri . . . . 1 p.

Digere per dies aliquot, evapora ad remanentiam partium octo, adde
Alcoholis partem dimidiam.

survint une inflammation violente déterminée par le caustique. Le malade faillit succomber à ce nouvel accident, et ne guérit qu'avec un rétrécissement causé par une escarrhe, laquelle provenait elle-même du bouton de vitriol.

Le Dran, qui suivait la même pratique que J.-L. Petit, opérant avec le bistouri une fistule qui remontait à plus de quatre travers de doigt au-dessus de l'anus, vit survenir, six heures après, une hémorrhagie abondante. Il fallut, pour l'arrêter, porter sur le vaisseau divisé une compresse imbibée d'eau styptique, laquelle fut maintenue en place avec le doigt pendant une demi-heure, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'hémorrhagie fut arrêtée.

Que serait-il advenu dans les deux cas que je viens de rapporter, si le vaisseau divisé eût été placé au-dessus de la portée du doigt? On peut présumer avec raison que les malades auraient succombé à l'hémorrhagie.

Sauveur Morand reconnaît que « l'opération de la fistule, faite à l'ordinaire par incision, peut, si elle est portée fort haut dans le boyau rectum, occasionner de fortes hémorrhagies et même dangereuses; » puis il décrit avec soin l'application du tampon. Toutefois, il ne paraît pas avoir eu toujours pleine confiance dans ce moyen hémostatique, car il ajoute plus bas : « J'ai sauvé un malade dans le plus grand danger de perdre la vie, par suite d'une hémorrhagie affreuse à la suite d'une opération de la fistule. Je fis entr'ouvrir le rectum par des mains intelligentes, et le plus que cela fut possible. Je tâchai de m'assurer de l'ouverture de l'artère par mon doigt index, porté dans l'anus jusqu'à l'endroit où je sentis le battement. Ayant fortement appuyé le doigt sur cet endroit, et l'ayant reconnu par la cessation de l'hémorrhagie, j'eus le courage d'y porter un bouton de feu que j'avais fait préparer, et j'arrêtai le sang. » (*Opuscules de Chirurgie*, p. 187.)

Ce chirurgien fut très-heureux de reconnaître le point précis d'où sortait le sang; sans quoi il lui eût fallu cautériser une grande étendue de l'intestin rectum, et le remède eût été pire que le mal. La nécessité de recourir à l'emploi de moyens aussi violents et aussi terribles après l'usage du bistouri, explique suffisamment l'abstention de beaucoup de chirurgiens dans des cas semblables.

Outre le danger de l'hémorrhagie on risque, en opérant au-dessus de la portée du doigt, de blesser le péritoine et d'amener une péritonite. En effet, dans un point aussi élevé, le chirurgien ne peut pas même, à défaut des yeux, se servir de l'indicateur pour guider l'instrument. Si donc il veut inciser jusqu'au fond du trajet, la pointe et même le tranchant du bistouri peuvent très-bien pénétrer dans la cavité péritonéale. M. le professeur Roux, dont la bonne foi va de pair avec le talent, a signalé un accident de ce genre que je transcris tel qu'il est rapporté dans le compte rendu de la Société de chirurgie du 10 mai 1853.

L'illustre chirurgien fut averti de la production de l'accident par l'écoulement immédiat d'une quantité notable de sérosité citrine limpide. Il exerça immédiatement une compression convenable à l'aide d'une mèche volumineuse introduite dans le rectum, et le malade put guérir, mais après avoir présenté tous les symptômes d'une vive péritonite, qui cédèrent à un traitement énergique. Si une telle lésion peut survenir entre des mains aussi habiles, il est à présumer qu'elle a dû avoir lieu plus d'une fois dans la pratique de chirurgiens opérant comme lui par incision, mais moins exercés au maniement du bistouri et moins versés dans les connaissances chirurgicales.

Pott, dans ses *Œuvres chirurgicales*, traduites de l'anglais (tome 2, pages 560 et suivantes; Paris, 1777), établit en règle absolue, que l'on ne doit pas inciser au-dessus du doigt, et cela pour deux motifs: le premier, c'est la crainte de l'hémorrhagie, que l'on doit, dit-il, éviter par tous les moyens possibles; le second, c'est l'inutilité de l'opération.

Voici les paroles de ce chirurgien :

« Si toute la portion du sinus qui est à la portée du doigt introduit dans l'anus, c'est-à-dire toute cette partie qui est principalement affectée par l'action des muscles de l'anus et du rectum, est bien divisée; si la plaie, ainsi faite, est pansée de manière à ne produire aucune irritation inflammatoire: si elle n'est pas fréquemment farfouillée et examinée, et si l'on prend le soin convenable de la constitution du malade; la longueur du sinus ajoutera fort peu à la difficulté qui accompagne la guérison; tout ce qui est hors de la portée du doigt s'affaissera et se guérira bien, et le cas sera en très-peu de temps exactement le même que si toute la cavité n'eût eu que la longueur du doigt. »

Les assertions de Pott, au sujet de la guérison possible avec une incision comme celle qu'il indique, auraient eu plus de poids si elles avaient été étayées par des observations précises. Supposons d'abord que l'orifice interne se trouve précisément au fond du décollement, comme cela exis-

tait chez le malade qui fait le sujet de la sixième observation du Mémoire de Desault, l'orifice était à cinq pouces environ de l'anus. Quel succès pourrait-on espérer d'une opération qui laisserait au-dessus d'elle un trajet dans lequel les matières intestinales auraient toujours la possibilité de s'introduire? et dans le cas où l'orifice interne se trouverait compris dans l'incision, ne resterait-il pas au-dessus un sinus à parois calleuses, revêtues le plus souvent à l'intérieur d'une membrane organisée semblable à la membrane muqueuse, et ayant par conséquent peu de tendance à s'unir avec elle-même par sa surface de contact? De plus, généralement les parois opposées de la cavité sont loin d'être en contact assez immédiat pour que le recollement s'opère, et c'est là un des principaux buts que l'on se propose en pratiquant la section de la paroi fistuleuse. Ainsi donc, contrairement aux assertions de Pott, et suivant les opinions des autres auteurs, la division du trajet fistuleux dans toute sa hauteur est nécessaire pour la guérison des fistules profondes.

J'arrive maintenant à un auteur qui employait à peu près indifféremment la ligature ou l'incision pour toutes les variétés de fistules. Le Mémoire de Desault sur l'opération de la fistule à l'anus contient, il est vrai, des exemples de guérison de fistules remontant au-dessus de la portée du doigt dans l'intestin. Mais le procédé dont il se sert pour pratiquer la ligature, outre qu'il exige un grand nombre d'instruments, n'est exempt d'aucun des inconvénients de cette méthode appliquée à une telle distance de la marge de l'anus. Il avoue lui-même qu'il est très-difficile de percer l'intestin et de passer le fil de plomb; et, quoiqu'il prétende que son action n'est pas aussi lente qu'on le pense, on peut voir, par la lecture de ses observations, que ce reproche de lenteur est bien mérité. En effet, dans l'une d'elles, la section ne fut complète que le quarante-deuxième jour; dans une autre, la ligature ne tomba qu'au bout de 63 jours. Un autre inconvénient inhérent à la ligature, sont les douleurs intolérables qu'elle cause.

Voici l'opinion de M. le professeur Velpeau relativement à cette méthode : « Il faut un espace de 30 à 40 jours pour trancher toute une bride, de façon qu'au moment où la ligature tombe, la fistule se trouve ordinairement cicatrisée. Mais que de fois est-on obligé de l'enlever avant le temps, à cause des douleurs qu'elle produit, de la lenteur de ses effets, de l'impossibilité où sont les malades de la supporter! En 1824, M. Bougon voulut la mettre en pratique à l'hôpital de perfectionnement, sur un adulte courageux bien constitué. Le malade la garda trois semaines, en se plaignant des plus vives souffrances à chaque degré de constriction qu'il fallait exercer. A cette époque, la bride, quoique peu étendue, n'était pas coupée à moitié; et, comme les douleurs allaient croissant, on crut devoir en venir à l'excision, qui eut un prompt succès. »

La pratique chirurgicale présentait donc sur ce point une lacune importante à combler; il s'agissait de trouver un moyen exempt de dangers et de difficultés. M. le professeur Gerdy a exposé à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 mai 1853, une méthode qui réunit au plus haut degré ces deux conditions : il l'appelle *méthode par pincement*, parce qu'en effet la section des parois de la fistule s'opère au moyen de la pince entérotome de Dupuytren. Deux fois déjà l'application en a été faite avec le succès le plus complet. C'est ce nouveau mode de traitement que je me propose de décrire, tel que je l'ai vu pratiquer par mon savant et excellent maître.

L'instrument employé par M. Gerdy est la pince entérotome de Dupuytren.

Il l'applique de façon qu'une des branches pénètre dans le trajet fistuleux, l'autre étant située dans la cavité du rectum parallèlement à la première. Alors, au moyen de la vis située extérieurement, il serre de manière à pincer fortement la paroi fistuleuse comprise entre les mors de l'instrument. Il se passe ici le même phénomène que dans l'entérotomie pour les anus contre nature. Les parties ainsi comprimées se mortifient et se séparent des parties voisines par un travail d'élimination. Dès lors la section est opérée et le résultat atteint. Il y a communication directe contre le fond de la fistule et la cavité rectale.

Le manuel opératoire est d'une exécution facile. Le malade n'a nullement besoin d'être préparé à l'opération; il est couché au bord de son lit, sur le côté correspondant à la fistule, le tronc fléchi sur le bassin, la cuisse de dessus plus rapprochée du ventre que celle qui repose sur le lit, afin de mettre par là l'orifice fistuleux et l'anus à découvert. Un aide est chargé d'écarter les fesses en soulevant celle qui est opposée à la fistule. On s'est bien assuré préalablement par le toucher et avec le stylet explorateur, de la situation et de la direction du trajet fistuleux. Dans le cas où l'orifice interne de la fistule complète se trouve à peu de distance de

la marge de l'anus, on incise d'abord l'espace compris entre les deux orifices avec le bistouri et la sonde cannelée. Le chirurgien saisit l'entérotome, dont les mors sont tenus convenablement écartés et dont la face externe a été graissée, puis il l'introduit doucement, aussi haut que possible, et en suivant la direction du trajet.

Alors on rapproche les deux branches au moyen de la vis de pression : la constriction doit être poussée jusqu'à ce que le malade commence à souffrir vivement. Alors on s'arrête, sauf le lendemain à l'augmenter de nouveau, si on le juge convenable.

L'entérotome ainsi appliqué est laissé en place. On entoure seulement de charpie la partie de l'instrument située au-dehors de l'intestin, afin que ses aspérités ne blessent pas le malade. Si la douleur qu'il éprouve devenait trop vive, il suffirait, pour la faire cesser, de diminuer les tours de vis. On voit que cet instrument permet d'augmenter ou de diminuer à volonté le degré de pression. Il faut s'assurer, le jour qui suit l'application, que l'instrument est bien resté en place et qu'il tient solidement.

En général, la section de la portion comprise entre les mors est achevée le cinquième jour de l'application, et on trouve entre eux un lambeau étroit d'intestin mortifié. Si la partie inférieure du trajet fistuleux ou son orifice étaient trop étroits pour laisser pénétrer l'une des branches de l'entérotome, on l'agrandirait au moyen du bistouri dans une étendue convenable. Dans le cas où l'orifice d'une fistule interne serait placé trop haut pour que l'on pût y introduire l'une des branches de l'entérotome, on inciserait sur le point où plus tard devra se former l'orifice externe de la fistule, et on introduirait l'une des branches par cet orifice artificiel. Il faut éviter de pincer la peau, parce que ce pincement est toujours douloureux. Si donc on avait affaire à une fistule borgne externe, et que son orifice fût à une certaine distance de l'orifice anal, on commencerait par inciser la portion de téguments située entre eux.

L'application de l'entérotome n'empêche pas le malade d'aller à la garde-robe ; il suffit d'enlever la charpie dont est garnie l'extrémité externe de la pince.

On peut, au moyen de la pince entérotome, guérir d'un seul coup un trajet fistuleux dont on n'atteint pas le fond avec le stylet ; le cinquième jour de l'application, l'instrument se détache, et il suffit alors de panser comme à la suite de l'incision.

La seule contre-indication de l'opération, c'est lorsqu'on a affaire à un sujet phthisique, parce qu'ici, comme dans la fistule simple, la plaie n'aurait nulle tendance à la cicatrisation.

Il est difficile quelquefois de pouvoir pincer toute l'étendue des parties jusqu'au fond du trajet. Cette difficulté se présente surtout lorsque la direction du sinus est oblique par rapport à celle de l'intestin. Alors, en effet, le défaut de parallélisme des deux cavités empêche l'application des branches l'une sur l'autre après leur introduction. Il faut dans ce cas faire l'opération en plusieurs temps. C'est ainsi que dans sa première observation, M. Gerdy fit trois applications successives.

On devrait agir de même si le sinus fistuleux était coudé, ou si encore le fond de la fistule formait plusieurs culs-de-sac considérables.

Le *traitement consécutif* à l'opération par pincement est le même que celui des fistules opérées par incision. On introduit dans le rectum une mèche de charpie que l'on a soin d'engager entre les lèvres de la plaie, et que l'on porte, autant que possible, jusqu'au-dessus des limites de l'incision. Cette mèche est renouvelée tous les jours ; seulement on en diminue la grosseur à mesure que la plaie diminue de profondeur et se cicatrise de dehors en dedans.

L'introduction de la mèche satisfait à deux indications principales : l'une c'est d'empêcher le recollement des lèvres de la solution de continuité, l'autre d'appliquer les parois décollées en contact et d'aider ainsi à leur adhésion. On peut ajouter encore que sa présence entretient une irritation qui favorise le travail de cicatrisation.

Lorsque la constitution du malade a été fortement altérée par les douleurs et la suppuration qui accompagnent ordinairement ces fistules, on y remédie par une alimentation fortifiante et par l'administration des toniques.

Il reste à démontrer maintenant que la méthode par pincement est exempte de tous les inconvénients qui peuvent se présenter avec les deux autres.

En effet, avec la pince, plus d'hémorrhagie à redouter ; qu'importe au chirurgien que des vaisseaux considérables soient compris dans la section qu'opérera l'instrument? Lorsque l'escarrhe se détachera, l'ouverture des vaisseaux sera cicatrisée. La crainte d'un tel accident ne sera donc plus un obstacle à la guérison de ces sortes de fistules. On a vu que c'était principalement sur la possibilité de voir leurs

malades succomber à l'hémorrhagie que les chirurgiens motivaient leur abstention. Voici, à l'égard de la méthode de M. Gerdy, l'opinion d'un de nos plus distingués chirurgiens des hôpitaux, telle qu'elle est rapportée dans le compte-rendu de la séance du 10 mai de la Société de chirurgie : « M. Chassaignac approuve le procédé opératoire nouveau ; car, dans plusieurs circonstances, ayant eu affaire à des fistules profondes, il s'est beaucoup préoccupé de la crainte de léser quelques vaisseaux importants. Le procédé de M. Gerdy met à l'abri de ces accidents ; il lui paraît un véritable progrès. »

Pas plus que l'hémorrhagie, la lésion du péritoine n'est possible ; car, en supposant même que cette membrane vînt à être saisie entre l'extrémité des mors de la pince, il en résulterait un phénomène tout semblable à celui qui se passe dans l'entérotomie. La portion ainsi pincée se gangrènerait, et il y aurait adhésion du péritoine aux limites de l'escarrhe lorsqu'elle se détacherait. Nous avons vu que ce genre d'accident est survenu avec le bistouri, et il peut se présenter également avec la ligature.

Les douleurs causées par la pince entérotome aux malades des deux observations étaient fort supportables. D'ailleurs, si le malade s'en plaignait trop vivement, il serait facile d'en modérer l'intensité en diminuant le degré de pression. Elles ne se font sentir que le premier jour de l'application de l'instrument. Au contraire, avec la ligature, elles se renouvellent tous les deux ou trois jours, c'est-à-dire à chaque nouveau degré de constriction, et souvent elles deviennent insupportables, comme dans le cas cité par M. Velpeau. Sous ce point de vue, l'entérotome a un avantage incontestable sur le fil à ligature, en supposant que celle-ci puisse être pratiquée. Une autre supériorité de l'entérotome sur la ligature, c'est la facilité avec laquelle on l'applique dans la plupart des cas. Lorsque le décollement est situé au-dessus du doigt, la ligature est d'un emploi difficile, de l'aveu même de Desault, et malgré les perfectionnements qu'il avait apportés à cette méthode.

Une objection a été faite à la méthode de M. Gerdy par M. le docteur Boinet, membre de la Société de chirurgie, c'est la difficulté d'introduction de l'une des branches dans le trajet fistuleux, par le fait de la direction oblique du trajet. M. Gerdy a eu précisément à lutter contre cette difficulté la première fois qu'il a opéré par pincement. Il a suffi pour en triompher de faire la section par trois applications successives, au lieu d'essayer d'opérer d'un seul coup. J'ai dit plus haut que, lorsque l'orifice et le commencement du trajet fistuleux étaient trop étroits pour permettre l'introduction de l'une des branches, on les agrandissait par une incision préalable. Telle a été la pratique de M. Gerdy dans le second cas où il a appliqué l'entérotome. Il a incisé avec un bistouri le trajet étroit, sinueux et calleux, terminant la fistule inférieurement, jusqu'à une hauteur où le sinus, devenant plus large, lui a permis l'introduction de la branche de l'entérotome.

M. Boinet a, dans la même séance, préconisé l'emploi « *d'un moyen bien autrement simple et qui n'entraîne avec lui aucun danger.* » Ce sont, on l'a deviné, les injections iodées ; elles ont réussi plusieurs fois entre ses mains. Voici comment il veut que l'on procède : On doit, pour assurer le succès de ces injections, laisser séjourner quelques instants l'iode dans l'intérieur de la fistule, et, pour obtenir ce résultat, avoir soin de maintenir bouché l'orifice interne avec le doigt introduit dans l'intestin, tandis qu'on maintient l'occlusion de l'orifice externe avec la canule de la seringue, laissée en place pendant le temps nécessaire. »

Mais d'abord, comment ferait M. Boinet pour toucher avec le doigt l'orifice interne, que l'on a supposé placé beaucoup au-dessus de la portée du doigt? Je pense que ce chirurgien n'a voulu parler que des fistules simples. Dans ces dernières, en effet, les injections irritantes, quelle qu'en soit la nature, peuvent d'autant mieux réussir, que plusieurs fois on en a vu guérir d'elles-mêmes. J.-L. Petit a observé des cas de ce genre ; Ribes en cite deux également dans son Mémoire, et M. Velpeau a vu aussi guérir spontanément des fistules complètes. Mais je doute, et avec juste raison, que de telles injections puissent amener la guérison de fistules compliquées de décollement très-élevé.

Deux savants maîtres, M. le professeur Roux et M. Larrey, qui ont pris la parole après M. Boinet, ont donné leur approbation au procédé de leur collègue.

Grâce à la nouvelle méthode, des malades que la prudence du chirurgien condamnait à garder toute leur vie une affection à la fois incommode et dangereuse pourront en être promptement délivrés. L'invention de M. le professeur Gerdy est donc une conquête précieuse pour la pratique chirurgicale.

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

De la galvano-puncture, dans le traitement des varices et des anévrysmes; par le docteur WERNER STEINLIN. — On sait que Baumgarten et Wurtemberg ont fait des expériences pour reconnaître l'action des deux pôles galvaniques sur la coagulation du sang dans les anévrysmes et dans les varices, et qu'ils sont arrivés aux résultats suivants :

1° Le pôle négatif seul ne produit aucune coagulation;

2° Les deux pôles employés ensemble ne produisent qu'une coagulation lente, assez faible, rarement complète;

3° Le pôle positif seul la produit rapidement, complétement et d'une manière certaine.

Ces expériences ont été faites sur l'homme vivant et sur les animaux, par conséquent avec du sang en circulation et dans des vaisseaux fermés; par suite, on n'a pu voir que les résultats définitifs et nullement les effets momentanés et immédiats.

Les expériences de M. Steinlin ont eu pour but de combler cette lacune. Il a fait d'abord ses expériences avec l'albumine, et il est arrivé aux résultats suivants :

1° Si l'on plonge dans de l'albumine deux aiguilles en platine formant les deux pôles, il ne s'opère aucun changement, le papier de tournesol ne démontre aucune réaction.

2° Si l'on remplace l'aiguille de platine du pôle positif par une pointe en fer, il se développe au pôle négatif des bulles qui forment une écume épaisse avec l'albumine. Du papier de tournesol rougi, bleuit s'il est placé sous l'aiguille de platine. La pointe de fer du pôle positif se recouvre peu à peu d'albumine coagulée, sans bulles de gaz. Si l'on enlève le coagulum, on trouve les parties qui ont été en contact de l'aiguille et l'aiguille elle-même brunâtres, l'aiguille de platine n'est pas altérée,

3° Si l'on emploie une aiguille de zinc au lieu d'une pointe de fer au pôle positif, elle se recouvre plus vite et d'un coagulum plus épais que la pointe en fer. Le développement des bulles de gaz est plus actif à l'aiguille en platine.

4° Les phénomènes restent les mêmes si l'albumine est distribuée dans deux verres de montre qui se trouvent réunis par un papier imbibé d'albumine, une aiguille étant placée dans un verre et l'autre aiguille dans l'autre. Mêmes phénomènes encore dans les cas où il y a deux tubes séparés seulement par un diaphragme en vessie de cochon plié six fois sur elle-même. Il en est encore de même si entre les deux tubes on en glisse un troisième long d'un pouce et plus, rempli d'albumine et fermé aussi par une vessie de cochon.

Il résulte de ces expériences : 1° que la coagulation n'a lieu qu'au pôle positif, tandis que le prétendu coagulum du pôle négatif n'est rien autre chose que de l'écume; 2° en outre, que l'effet coagulant du pôle positif diffère suivant la qualité du métal employé comme aiguille, et que l'effet est plus puissant si on fait usage d'une aiguille en zinc; 3° enfin, que l'éloignement des deux aiguilles qui servent de pôles n'a pas une grande influence sur les résultats obtenus, pourvu que la substance intermédiaire soit un bon conducteur.

La raison de la différence dans l'effet des courants modérés doit être cherchée plutôt dans la différence électro-magnétique des métaux, que dans leurs qualités chimiques. L'auteur cite, en faveur de cette opinion, les expériences sur les effets chimiques du courant galvanique et l'oxydation de la pointe en fer au pôle positif dont il a été parlé. On trouve aussi que, dans une solution saline, les divers métaux ont des effets différents : avec deux pointes en platine, l'effet est à peine sensible; au contraire, il est très-marqué avec une pointe en zinc au pôle positif. Le zinc est fortement dissous, tandis qu'il existe un développement considérable de gaz à l'aiguille en platine du pôle négatif.

L'auteur explique les avantages de l'aiguille en zinc et la coagulation plus considérable à son niveau, par cela que ce métal se combine plus facilement avec les acides devenus libres par la décomposition des liquides, d'où résulterait la formation de sels métalliques qui précipiteraient l'albumine.

Ce qui s'observe dans l'albumine a lieu également dans le sang, la fibrine et la caséine étant tenues en dissolution par les sels du sérum, dont la décomposition favorise la coagulation de ces substances. Les sels métalliques ont la même influence sur la fibrine et sur la caséine que sur l'albumine.

Ces expériences confirment, par conséquent, les résultats obtenus par Baumgarten et Wurtemberg; elles expliquent pourquoi le pôle positif employé seul détermine, de la manière la plus certaine, la coagulation, comment le pôle négatif employé seul n'a aucun effet, et pourquoi les deux pôles ensemble ne produisent que rarement une coagulation complète, le développement des gaz au pôle négatif

empêchant la formation d'un bouchon dans le vaisseau ou d'une couche compacte de coagulum dans l'anévrysme. Peut-être les bulles d'hydrogène ont-elles aussi des conséquences mauvaises comme les bulles d'air; peut-être même sont elles la cause de l'inflammation et de la suppuration?

Enfin, M. Steinlin propose d'employer dans la galvano-puncture un mélange de zinc et d'étain ou de plomb, ou de faire recouvrir les aiguilles d'acier avec une couche de zinc. La galvano-puncture doit être faite, suivant lui, de la manière suivante : on plonge les aiguilles dans l'anévrysme ou dans le vaisseau variqueux, et on les met en rapport avec le pôle positif; le pôle négatif est en rapport avec une plaque en platine et placé dans le voisinage de l'anévrysme sur la peau, préalablement mouillée avec un acide dilué ou une solution saline; la plaque de platine peut être remplacée par une éponge imbibée d'une solution saline.

(*Wiener Zeitschrift* et *L'Union médicale*.)

Note sur le traitement du varicocèle par la cautérisation immédiate des veines dilatées; par M. L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

La plupart des varicocèles sont de simples difformités qui ne gênent pas assez le malade pour qu'il ait le désir de s'en débarrasser; néanmoins quelques-unes de ces tumeurs incommodent par leur volume ou la douleur dont elles sont le siége; d'autres font obstacle à l'existence sociale de l'individu et le portent à chercher un remède. En voici un exemple :

Obs. — M. P..., âgé de 18 ans, se présente pour prendre un engagement dans un régiment de dragons; il veut faire sa carrière de l'état militaire; mais se trouvant atteint d'un varicocèle volumineux, on le refuse. Néanmoins M. P... persistant dans ses intentions me demande instamment de guérir sa tumeur.

Le problème à résoudre se présente ainsi :

1° Provoquer l'oblitération des veines dilatées sans danger de phlébite;

2° Comprendre toutes les veines du cordon pour prévenir la récidive;

3° Éviter sûrement le canal déférent et l'artère spermatique;

4° Obtenir en raison de la position spéciale du malade une cicatrice exempte de difformité.

L'emploi de la pâte de Canquoin nous assure le premier point; nous adoptons sur ce sujet les idées de M. Bonnet (de Lyon).

Les indications suivantes sont plus difficiles à réaliser. Ayant été frappé plusieurs fois de la difficulté que l'on éprouve à isoler les parties constituantes du cordon quand on opère sans avoir divisé la peau, nous croyons que beaucoup d'insuccès sont dus à des veines restées en dehors de l'opération; c'est pourquoi nous procédâmes ainsi :

1° Une incision de 8 centim. s'étend de l'anneau inguinal au scrotum; elle découvre le cordon.

2° On soulève le cordon sur une spatule, en déchirant le tissu cellulaire qui l'unit en arrière à sa gaîne.

3° On dissèque les éléments du cordon qui se trouve composé du canal déférent, de l'artère spermatique et de quatre veines flexueuses, épaisses, très-hypertrophiées; l'une d'elles adhère au canal déférent et eût été laissée sans le soin qu'on met à les séparer. Ces veines sont isolées du canal déférent et de l'artère dans l'étendue de 3 centimètres.

4° On refoule le canal et l'artère au fond de la plaie où on les maintient avec des boulettes de charpie.

5° On passe sous les veines une large bandelette de linge; entre la bandelette et les veines on glisse une lame mince de plomb, de 6 c. 50 de longueur sur 3 centimètres de largeur.

Cette lame de plomb est couverte d'une feuille de pâte de Canquoin, moins large que le plomb qui déborde partout la pâte. Voici l'ordre de superposition :

Le paquet veineux soulevé comme un pont;

Le feuillet de pâte caustique;

La lame de plomb;

La compresse;

Profondément les boulettes de charpie.

6° On replie sur le paquet veineux le plomb et la pâte. Le cordon veineux se trouve enserré et comprimé par le métal dont on a légèrement replié les bords en forme de tuile, d'autant que les extrémités de la plaque de plomb se rejoignent au-devant du paquet veineux. Par-dessus le plomb, et pour le fixer, on replie la bandelette de linge qui est serrée par un fil.

Diète, repos au lit.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent, douleur aiguë qui remonte vers les reins; mouvement fébrile léger.

On enlève l'appareil; les veines sont escarrifiées, converties en un cordon sec et solide. Le caustique n'a point fusé; les parties profondes n'ont point été atteintes. (Cataplasme).

Le 16, les bourses sont tendues, gonflées, rouges, très-sensibles à la pression.

Le 20, les escarrhes se détachent; la plaie a le meilleur aspect; les extrémités veineuses oblitérées sont séparées par un grand intervalle.

Le 21 et les jours suivants, le malade se trouve très-bien; la cicatrisation fait des progrès, mais M. P... ne peut se lever à cause de la pesanteur et de la douleur profonde que lui occasionne la position verticale dans les parties malades.

La guérison a lieu sans accident; la cicatrice est linéaire, très-peu apparente. Le 30 novembre 1853, M. P..., visité de nouveau par le chirurgien militaire, est admis à prendre un engagement.

Nous ne voulons pas, à l'occasion d'une seule observation, établir une comparaison entre notre procédé et ceux qui l'ont précédé, mais nous pouvons nous permettre deux réflexions.

Les opérateurs qui agissent sur la peau, comme Breschet, sont aussi exposés à comprendre le canal déférent et l'artère spermatique, qu'à laisser des rameaux veineux en dehors de leur action, s'ils prennent trop ou trop peu.

Ceux qui entament la peau pour aller plus sûrement saisir les vaisseaux dilatés et les presser avec des fils, des épingles, des cordons métalliques, comme MM. Velpeau, Vidal (de Cassis), etc., font des plaies sinueuses compliquées de corps étranger. Ces plaies s'accompagnent de suppuration profonde, leur prétention d'être *sous-cutanées* est inadmissible et tout à fait en désaccord avec les lois posées par l'illustre auteur de cette méthode.

Nous aimons mieux agir à ciel découvert, il y a moins d'inconvénient et l'on voit mieux ce que l'on fait.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Traitement des ophthalmies par l'occlusion complète des yeux; par M. le docteur BONNAFONT, chirurgien principal de l'hôpital du Roule. — M. Bonnafont ayant entendu préconiser ce moyen contre les différentes affections de l'œil, a voulu, à son tour, le soumettre à une expérimentation sérieuse, et les résultats qu'il en a obtenus lui paraissent assez concluants et assez nombreux pour qu'il doive les faire connaître. Ce praticien cite une vingtaine d'individus atteints soit de conjonctivite aiguë, chronique, de kératite même à l'état d'ulcère, etc., qui ont cédé en très-peu de temps à ce mode de traitement. Pour fermer l'œil et le mettre complétement à l'abri du contact de la lumière, M. Bonnafont, après avoir employé le collodion ainsi que le taffetas emplastique, s'est arrêté au sparadrap, comme étant d'une application plus simple et plus facile. Pour cela, il suffit d'appliquer les paupières l'une contre l'autre et de poser dessus un morceau de sparadrap bien découpé, s'étendant des sourcils à la pommette; on le maintient en place à l'aide d'un peu de charpie qui remplit le creux orbitaire et d'une bande en chevestre simple, ou avec un bandeau noir. On laisse l'appareil cinq ou six jours, on lave l'œil et l'on renouvelle l'appareil en l'appliquant de la même manière jusqu'à guérison complète, qui ne se fait pas longtemps attendre, puisque M. Bonnafont assure que les ophthalmies les plus aiguës ont été guéries dans l'espace de douze jours.

(*Archives d'ophthalmologie.*)

Traitement orthopédique du strabisme; par M. E. Du BOIS-REYMOND. — Tout le monde connaît aujourd'hui le stéréoscope, popularisé jusqu'à devenir un jouet d'enfant. L'introduction de cet instrument dans la pratique médicale m'est venue à l'esprit comme moyen de guérir le strabisme, et c'est une idée dont je n'avais jamais entendu parler. Il est clair que s'il est un moyen orthopédique de traiter le strabisme, un des plus puissants sera de faire faire au malade des exercices répétés de stéréoscopie.

Il est vrai que le stéréoscope n'est pas indispensable au fond; on obtiendra le même effet toutes les fois que l'on fixera des corps situés à une distance telle que la parallaxe produite par la distance des yeux soit assez considérable. Seulement le malade n'aura aucun signe qui lui fasse reconnaître s'il dirige bien ses axes optiques. Il sait d'avance qu'il a affaire à un corps; par habitude, il néglige l'image produite dans l'un de ses yeux, et lorsque la distribution de l'ombre et de la lumière le laisse dans le doute sur la concavité ou la convexité du corps, il s'instruit là-dessus en faisant des mouvements involontaires de la tête. Les exercices visuels avec le stéréoscope présentent cet avantage, que le passage de l'image double dans un objet matériel lui indique la bonne direction de ses yeux. Ce signe ne servira pas seulement aux malades, qui peuvent se contrôler eux-mêmes; mais il sera utile à ceux qui s'occupent de l'éducation des enfants comme moyen de contrôler leurs élèves. Une mère peut, par exemple, montrer à son enfant l'image stéréoscopique connue à Berlin sous le nom de *napfkuchenform*

(gâteau en forme de jatte), tantôt du côté de la concavité, tantôt du côté de la convexité, et l'enfant sera bien habile s'il peut dire sans réunir les images, et en les voyant séparées, s'il a devant les yeux un relief ou bien un creux.

Une difficulté surgit dans l'emploi de ce traitement, c'est qu'une personne affectée de strabisme verra difficilement quelque chose bien distinct au moyen du stéréoscope. Mais cela réussit toujours très-mal ou même pas du tout à ceux dont les yeux ne sont pas accommodés de même, par suite de l'emploi barbare et antiphysiologique d'un seul verre oculaire, même lorsqu'ils ne sont pas atteints de strabisme. Il n'en est pas moins vrai que l'emploi du stéréoscope présente théoriquement beaucoup d'avantages, et qu'à côté des lunettes antistrabiques de Bohm, le stéréoscope de Wheatstone tiendra dignement sa place.

(*Archives de Muller et Revue médico-chirurgicale.*)

Sur le traitement de la dyspepsie. — La dyspepsie entretient la constipation, détermine des douleurs lombaires, et s'il y a, comme chez les chlorotiques, de la faiblesse du périnée et de l'abdomen, les malades se croient atteintes d'affection utérine. Dans un cas de ce genre où, comme nous venons de le dire, la dyspepsie était liée à la chlorose, M. Gendrin n'a eu qu'à traiter cette dernière affection pour que tous les autres phénomènes morbides disparussent. La malade a pris chaque jour pendant un mois, 25 centigrammes de fer divisé, et un julep contenant 1 gramme de tartrate et de peroxyde de fer. En même temps, pour tonifier les tissus ligamenteux et exercer une action favorable sur l'utérus et ses annexes, on lui donnait tous les jours un bain de siége frais. Sous l'influence de cette médication, la dyspepsie a cédé, et les selles devenant plus faciles, les douleurs lombaires ont également cessé de se faire sentir.

Mais il est bon nombre de cas dans lesquels la dyspepsie veut être traitée directement. M. Gendrin prescrit alors le bicarbonate de soude à la dose de 2 grammes dans 1 litre de tisane de chiendent; ou bien, il associe le bicarbonate de soude au sous-nitrate de bismuth dans la proportion suivante :

Bicarbonate de soude.	. .	2 gr.
Sous-nitrate de bismuth.	. .	1 »

Mélangez. A prendre en quatre prises.

C'est particulièrement dans la dyspepsie des hystériques que le sous-nitrate de bismuth agit avec efficacité sur l'état d'hyperestésie que présentent en pareil cas les organes digestifs. Il calme l'irritabilité exagérée de l'estomac, et prévient la sensation de froid et de malaise général par laquelle elle se traduit après l'ingestion des aliments. C'est un excellent moyen, par conséquent, de faire disparaître une des causes des attaques. Pour obtenir ce résultat, il faut porter, comme nous venons de le voir, la dose du sous-nitrate de bismuth à 1 et 2 grammes pour les vingt-quatre heures. Y a-t-il chez ces malades, indépendamment de la lenteur des digestions, prédominance du suc gastrique se révélant par des éructations acides, M. Gendrin se trouve encore bien d'administrer le sous-nitrate de bismuth; mais le bicarbonate en boisson, la magnésie, la poudre d'yeux d'écrevisse à la dose de 2 grammes, deviennent des médicaments d'autant plus utiles, que non-seulement ils permettent de donner une alimentation plus nourrissante, mais ils rendent tolérables des agents thérapeutiques que l'estomac refusait formellement d'accepter, tels que l'opium, l'éther, le fer, ou toute autre substance indiquée dans le cas dont il s'agit.

(*Journ. de médec. et de chirurg. pratiques.*)

Emploi de l'extrait de valériane à haute dose dans un cas de polyurie. — Au n° 6 de la salle Ste-Agnès à l'Hôtel-Dieu, se trouve un homme affecté de polyurie, dont le cas est curieux sous le rapport de la quantité d'extrait de valériane qu'a prise le malade. A son entrée dans le service, il y a un an, il rendait 32 litres d'urine par vingt-quatre heures; cette urine ne contenait pas de sucre. Or, dans l'espèce, M. Trousseau ne voit qu'un état nerveux auquel il oppose l'extrait de valériane. Ce malade en a pris progressivement des doses énormes. Le 22 janvier 1852, la dose de l'extrait était de 6 grammes à prendre en deux bols, un le matin, l'autre le soir. On prescrivait en même temps 5 grammes de bicarbonate de soude. La quantité d'urine était tombée à 8 litres après un mois de traitement. Le 3 février, la dose d'extrait était de 12 grammes, et la quantité d'urine de 6 litres trois quarts. Le 15 février, 15 grammes d'extrait; 6 litres d'urine. Le 19, 5 litres et demi. Le 1er mars, 16 grammes d'extrait en quatre bols, une bouteille d'eau de Vichy; 5 litres d'urine. Le 15 mars, 4 litres et demi. Le malade commençait à transpirer. Le 20 juillet, 30 grammes d'extrait de valériane; bismuth, 4 grammes; une bouteille d'eau de Vi-

chy ; tisane de houblon et de chicorée ; 2 litres trois quarts d'urine. La dernière fois que nous avons vu ce malade, il prenait toujours de l'extrait de valériane, et la proportion de ses urines tendait de plus en plus à revenir aux conditions normales. C'est donc là un fait intéressant, et dont on peut tirer profit dans le cas de diabète non sucré.

(*Journal de médecine et de chirurgie prat.*)

Affection cérébrale, bizarre et très-curable. — Au nº 2 de la salle Sainte-Agnès, à l'Hôtel-Dieu, est couché un homme âgé de trente-deux ans, qui présente une affection du cerveau dont la singularité et la curabilité méritent une mention toute spéciale. Cet homme, qui est corroyeur, se lève un matin parfaitement bien portant, et en mettant son soulier, il éprouve un étourdissement et perd subitement l'usage de la parole, sans que ce phénomène morbide s'accompagne d'aucun symptôme de paralysie. Il entre dans cet état à l'Hôtel-Dieu, et quand on l'interroge, il fait de vains efforts pour exprimer sa pensée. Cependant son intelligence est nette, il écrit son nom et fait des phrases avec ses doigts, mais non avec sa langue. Celle-ci est libre et se meut avec facilité. Il avale aisément, se promène, va aux lieux, tient toutes ses petites affaires avec la régularité d'un ancien soldat. Chez ce malade, c'est l'organe de la parole seul qui refuse de fontionner. Il est fort difficile de dire à quel genre de lésion organique répond un pareil trouble morbide ; mais ce qu'il y a de consolant dans ce cas, c'est la curabilité constante de cette affection. M. Trousseau en a vu dans sa pratique plus de vingt exemples, et toujours il y a eu, après un délai plus ou moins long, retour complet de la faculté de parler. La parole revient quelquefois au bout de quatre à cinq jours. Dans le cas dont il s'agit, ce médecin a cru devoir prescrire des affusions froides. Elles plaisaient au malade qui les demandait ; matin et soir on lui versait doucement sur la tête et les épaules quatre seaux d'eau fraiche ; on l'enveloppait ensuite dans une couverture de laine chaude, et on le ramenait à son lit. Cette médication a été continuée pendant quinze jours, et soit qu'on doive attribuer à l'action dynamique du froid le résultat observé, soit que la nature seule ait fait les frais de la guérison, il est certain que cet homme a recouvré peu à peu le libre exercice de la parole, montrant ainsi que la suspension de cette fonction peut être rapprochée des singulières perturbations qu'on remarque dans l'hystérie, et qu'il y a, selon toute probabilité, dans les faits de ce genre quelque chose de nerveux qui nous échappe, et contre lequel on devra se garder de conseiller des saignées, des cautères, et autres moyens actifs pour le moins inutiles. (*Ibid.*)

De l'obstruction de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache ; par le docteur J. NEILL. — Un genre d'obstruction à peine indiquée par les auteurs qui se sont occupés des maladies de la trompe d'Eustache tiendrait, suivant le docteur Neill, à une hypertrophie des follicules qui entourent l'orifice guttural de ce conduit. Ces follicules, contenus dans un des replis de la membrane muqueuse, l'attirent en bas, de manière à recouvrir quelquefois complétement l'orifice. Ils présentent quelquefois l'aspect et les dimensions de l'amygdale elle-même avec ses follicules à large ouverture. Cette altération a été rencontrée après la mort sur trois sujets ; elle est probablement plus commune qu'on ne le pense, et réclamerait dans le cas où on parviendrait à la reconnaître sur le vivant, une cautérisation à l'aide d'un porte-caustique recourbé introduit par la bouche.

(*The medical Examiner* et *Gazette médicale de Paris.*)

Traitement des gerçures du sein pendant l'allaitement.

Voici les préceptes que donne à ce sujet M. Chassaignac.

Il conseille d'attaquer les gerçures du sein de très-bonne heure, préventivement, en quelque sorte, et avant que leur accroissement, et en nombre et en profondeur, ait rendu leur traitement difficile. Aussitôt que la moindre sensibilité morbide, la moindre fendillure existe, soit à l'extrémité du mamelon, soit sur l'un des points quelconques du monticule qui le forme, soit sur la surface de l'aréole, on construit une cuirasse de sparadrap à bandelettes imbriquées et croisées, et on applique une fois chaque jour une solution de nitrate d'argent, à la proportion de 5 grammes pour 30 grammes d'eau distillée.

D'une part, le mamelon est protégé par la cuirasse. Celle-ci a pour principal effet de prévenir l'action fâcheuse de l'air et des changements de température, et surtout la formation de petites croûtes qui bouchent les orifices des canaux galactophores. D'autre part, le mamelon, raf-

formé au moyen de la solution de nitrate d'argent, reprend avec une promptitude remarquable ses conditions normales.

Au bout de 24 ou 48 heures, on peut présenter le sein à l'enfant, pour peu qu'on ait soin de laver à plusieurs reprises le mamelon avec du lait chaud et sucré.

Les chlorures alcalins que contient le lait neutralisent les restes de nitrate d'argent qui pourraient encore exister à la surface et dans les anfractuosités du mamelon. Il fait disparaître le goût désagréable que pourrait laisser subsister l'application de la cuirasse. On observe alors attentivement l'état dans lequel la succion qui va avoir lieu laissera le mamelon. S'il est dans des conditions satisfaisantes, il suffit de le saupoudrer avec de l'amidon : si les gerçures se sont rouvertes, on réapplique la cuirasse après avoir promené de nouveau sur les parties malades le pinceau chargé de la solution à 5 grammes. Dans les premiers jours de ce traitement, on ne doit présenter le sein malade à l'enfant qu'une fois dans les 24 heures.

Nous croyons pouvoir dire qu'au moyen de la cuirasse et de la solution, employées avec intelligence, on parvient constamment, et dans un assez court délai, à faire avorter les accidents.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgic.*)

Lumbago rapidement guéri par le liniment de Home; par M. BARRÈRE. — Le liniment dont il s'agit a été recommandé par F. Home, un des médecins les plus distingués du XVIIIe siècle, qui le donne comme presque infaillible contre le lumbago. Ce médecin dit s'en être également servi avec succès contre les douleurs musculaires et articulaires sans fièvre, contre la pleurodynie, les douleurs des vieilles luxations et vieilles fractures, celles qui suivent certaines contusions. Sa formule est la suivante :

Pr. Poudre de camomille. . . .	8	gr.
Sel commun.	2	—
Camph. (préalablem. dissous dans essence de térébenth. 8 grammes).	1	— 25 c.
Ong. de sureau ou d'althea.	100	—
Savon noir.	30	—

Mêlez exactement.

Dans le fait que rapporte M. Barrère, l'application de ce liniment, trois fois le jour, fit disparaître, en 24 heures, un lumbago dont les douleurs horribles condamnaient la malade au repos le plus absolu.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

Guérison spontanée des tumeurs sanguines, ou hématocèles rétro-utérines. — Les tumeurs dont il s'agit ne se trouvant décrites dans aucun auteur classique, M. Nélaton a saisi avec empressement l'occasion qui s'est offerte à lui d'appeler l'attention de ses auditeurs sur une affection qui paraît être beaucoup plus commune qu'on ne le croyait autrefois.

Il y a quinze mois, une femme couchée en ce moment dans les salles de ce professeur, fit une fausse couche au quatrième mois de sa grossesse. Depuis, elle fut réglée imparfaitement. Il y a quatre mois, les menstrues se supprimèrent tout à fait; puis, vers le 1er décembre dernier, elle éprouva dans le bassin et dans les organes sexuels des douleurs qui la décidèrent à se faire admettre à la Clinique. L'examen attentif auquel se livra alors M. Nélaton, lui fit constater ce qui suit : le doigt introduit dans le vagin trouvait le col utérin à peu de profondeur en avant, très-rapproché de la symphyse pubienne, petit comme le col d'une femme qui n'a pas eu d'enfant, aplati d'avant en arrière, percé d'un orifice étroit; puis, immédiatement en arrière, le même doigt rencontrait une masse arrondie, formant un relief très-prononcé. Si, au lieu d'un doigt, on en introduisait deux, et qu'on palpât avec l'autre main la région sus-pubienne, on trouvait à droite de l'utérus dévié de ce côté, et reporté en haut par une tumeur indépendante de cet organe, située à la gauche de celui-ci, et qui ne pouvait être qu'un phlegmon du ligament large, ou une hématocèle rétro-utérine. Or, ce qui démontrait l'existence de l'hématocèle, c'étaient les signes tirés du toucher. En effet, on trouvait derrière le col utérin une tumeur repoussant ce col en avant, derrière la symphyse du pubis, une tumeur avec consistance pâteuse, fluctuation douteuse et incertaine, développée rapidement, assez douloureuse au toucher, et s'élevant dans la cavité abdominale. Il y avait d'ailleurs un autre signe qui ne laissait pas de doute sur la nature du mal. En appliquant le spéculum, on pouvait distinguer la coloration toute particulière de la muqueuse du vagin qui recouvrait la tumeur. La paroi de celle-ci était suffisamment amincie et distendue, pour laisser apercevoir la couleur bleuâtre du liquide qu'elle contenait, couleur qui contrastait avec la teinte rosée des autres parties du vagin. M. Nélaton n'a donc pas hésité à diagnostiquer une tumeur sanguine, et en ponctionnant cette tumeur, il en a retiré un liquide noirâtre comme du raisiné, qui eût dissipé toutes les incertitudes, s'il y en avait eu.

Ces tumeurs sont très-communes. MM. Laugier, Denonvilliers et Huguier en ont signalé un certain nombre de cas. Il y a un an une malade, traitée par M. Rostan, semblait être affectée d'un vaste abcès pelvien : c'était une hématocèle rétro-utérine.

Leur développement commence ordinairement par des irrégularités de la menstruation. Les règles, comme ici, sont tantôt supprimées, tantôt trop abondantes et prennent les proportions d'une perte. Ce sont là les phénomènes prodromiques. Puis tout à coup les malades accusent du malaise; elles ressentent des douleurs vives dans le bas-ventre, douleurs qui s'irradient vers le rectum, la vessie et les reins. En même temps, le ventre devient volumineux, tendu, douloureux à la pression et sous l'influence d'un mouvement ou d'un choc un peu brusque. circonstance qui oblige les malades à garder le repos le plus absolu. Cet état peut même se compliquer de troubles fonctionnels divers, de vomissements, de dysurie, de fièvre. D'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus ordinaire, les désordres généraux sont peu appréciables; mais il y a sensation extrêmement désagréable d'un corps pesant qui va s'échapper du vagin, et, bien que la maladie n'ait pas duré longtemps, l'amaigrissement des sujets est très-considérable.

Il est difficile de bien préciser le siége anatomique de ces tumeurs, par la raison très-satisfaisante qu'elles ne se terminent presque jamais d'une manière fatale, et qu'il n'y a pas lieu d'en compléter l'histoire par un examen nécroscopique. On suppose qu'elles se forment ou dans le cul-de-sac du péritoine, ou dans le tissu cellulaire lâche et lamelleux qui existe derrière le vagin, en avant du rectum, et en haut derrière le col utérin.

Elles paraissent avoir pour cause déterminante les efforts violents qui accompagnent les accouchements laborieux, et en première ligne les fausses couches.

Ce que nous avons dit au sujet de leur siége prouve que les hématocèles rétro-utérines n'ont pas la gravité qu'on leur supposerait au premier abord. Le plus grand nombre, en effet, de ces tumeurs, guérissent par résorption du sang épanché. L'année dernière, une malade fut admise dans le service de M. Nélaton pour un prétendu kyste. Ce chirurgien l'examina attentivement, et, croyant reconnaître une hématocèle, il s'assura du fait par une ponction exploratrice, et ne tenta aucun moyen de traitement. Cette femme a séjourné dans les salles pendant plusieurs mois. On la touchait tous les dix ou quinze jours, et à la fin on a pu constater que la tumeur avait disparu sans opération. D'autres fois, il est vrai, le sang n'est pas résorbé; mais il se fait jour par une voie nouvelle. MM. Marotte, Laugier et Denonvilliers l'ont vu aussi s'échapper par le rectum ou par les organes génito-urinaires. C'est encore un mode de terminaison heureux, tandis qu'il est arrivé qu'après avoir incisé ces tumeurs, du sang resté dans la cavité a subi la décomposition putride, et donné lieu à des accidents mortels. Aussi M. Nélaton ne fait-il plus ce qu'il faisait autrefois. Il se borne à constater, par une ponction exploratrice, la nature de ces tumeurs; mais il s'abstient de les inciser, d'abord parce qu'il y a danger à le faire, et qu'ensuite il est persuadé que la guérison de cette maladie s'obtient spontanément dans la grande majorité des cas.

(*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques.*)

Cancer du rectum. — Autoplastie par glissement. — Guérison. — M. Demarquay vient de présenter à la Société de chirurgie une malade qui nous paraît offrir un véritable intérêt. C'est une femme sur laquelle ce chirurgien a pratiqué, le 30 août dernier, en présence de MM. Denonvilliers et Guersant, l'ablation de la partie inférieure du rectum, avec des modifications qui peuvent avoir une grande utilité pratique. Voici le fait. La nommée Marie, cuisinière, entre à l'hôpital Necker le 14 août 1853, pour être débarrassée d'une masse cancéreuse qu'elle porte depuis six mois au pourtour de l'anus; la tumeur est plus développée du côté droit que du côté gauche. La maladie avait de plus envahi la partie inférieure du rectum, dans une étendue de 3 à 4 centimètres; le doigt toutefois arrivait parfaitement à la limite du mal. Les douleurs intenses que la malade ressentait lui faisaient réclamer avec instance l'opération. Voici le procédé mis en usage par M. Demarquay. Une incision partant du coccyx circonscrit toute la tumeur; puis celle-ci est disséquée. Avant de détacher la partie malade, l'extrémité inférieure de l'intestin rectum est fendue suivant sa longueur, et elle est ensuite coupée circulairement, suivant le précepte de M. Denonvilliers. Les vaisseaux intéressés sont liés à mesure. Pour combler la plaie considérable résultant de l'opération, M. Demarquay, après avoir disséqué, dans une certaine étendue, la partie saine de l'intestin, attira à lui le rectum devenu libre, et le fit

adhérer au pourtour de la marge de l'anus, avec la peau. Par suite de cette espèce d'autoplastie par glissement, la plaie résultant de l'opération était comblée. Actuellement, la malade est complétement rétablie ; elle va librement à la garde-robe. A la place de la tumeur cancéreuse, on trouve une cicatrice souple et élastique. Ce fait montre une ingénieuse application des principes d'autoplastie formulés par M. Jobert.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Emploi de l'alcool concentré contre les furoncles. — A diverses reprises nous avons, dans ce journal, fixé l'attention de nos confrères sur l'action résolutive de l'alcool concentré. Dans notre tome XIII, p. 334, nous avons fait connaître les essais que M. Nélaton a faits avec cette substance pour guérir les kystes du poignet, médication qui, d'ailleurs, avait été proposée par M. Houzelot. Il y a quelques mois (tome XVI, p. 371) nous exposions l'opinion de M. Nélaton qui considère l'alcool comme le meilleur des résolutifs et le seul vraiment digne de ce nom ; aujourd'hui il nous reste à rapporter ici l'emploi qu'il en fait pour déterminer l'avortement des furoncles. Dans ce cas il l'emploie de la manière suivante : quand les furoncles apparaissent et commencent à s'enflammer, on applique sur les parties qui en sont atteintes un linge trempé dans de l'alcool concentré marquant 40°. Il faut avoir le soin de recouvrir exactement avec la compresse toutes les parties où apparaissent les furoncles, et de la mouiller assez fréquemment pour maintenir la partie humide et donner lieu à une évaporation constante à sa surface. M. Nélaton assure que, par ce moyen, on obtient toujours l'avortement des furoncles.

Observation d'une variété nouvelle de tumeur sanguine réductible de la voûte du crâne, par le docteur E. AZAM. — Il est toute une catégorie de faits pathologiques auxquels on peut donner à juste titre le nom de curiosités. Ces faits, isolés et uniques, sont en général d'un intérêt médiocre pour le praticien, dont les travaux doivent avoir pour base la comparaison et l'analogie raisonnée. Mais aussitôt qu'un fait de ce genre est suivi d'un fait analogue, il n'est plus stérile, et l'on peut supposer qu'en le manifestant sur l'organisme vivant, la nature n'a pas été seulement bizarre, mais qu'elle offre à l'étude un mode nouveau de lésion que l'on n'avait pas aperçu. C'est alors un devoir pour l'observateur d'insister sur ces faits ; sur eux peut se baser l'étude d'une maladie nouvelle, et le cadre nosologique, déjà trop riche, peut compter une maladie de plus.

Ces réflexions m'ont été suggérées par un travail que M. le docteur G. Dufour a présenté à la Société de médecine pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail porte sur une observation jusqu'alors unique, présentée en 1851 à la Société de Biologie, et publiée dans la *Gazette médicale*, sous ce titre : *D'une variété nouvelle de tumeur de la voûte du crâne, suite de lésion traumatique.* Ayant eu l'occasion d'observer un cas analogue, je viens le joindre à celui de mon honorable collègue ; car ces deux faits se prêtent un grand et mutuel appui.

Pour épargner des recherches à mes lecteurs, je ferai en peu de mots l'analyse de l'observation de M. Dufour.

En 1851, vivait, à l'hôpital des Invalides, un vieux militaire qui, en 1797, avait reçu sur le front un violent coup de crosse de fusil ; à la suite de cette blessure, il resta vingt-quatre heures sans connaissance ; il fut considéré comme ayant une fracture du crâne sans plaie aux téguments ; il guérit ; mais il lui resta l'infirmité que M. Dufour décrit ainsi :

Quand il se penchait, la tête inclinée vers le sol, il sentait se former sur le lieu même de sa blessure une grosseur du volume d'une noix, de couleur violette, laquelle disparaissait d'elle-même dès qu'il redressait la tête. M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, caractérisa la lésion de la manière suivante : Peu de cicatrice apparente ; dépression osseuse très-sensible, due sans doute à l'absorption d'une portion du diploë et au rapprochement des lames du frontal ; la poche, qui se forme aux dépens de la peau amincie, contient évidemment un liquide ; la tumeur qu'elle forme est réductible à la pression, et quand elle n'est point réduite, le malade éprouve des vertiges ; elle n'est pas pulsatile, et l'auscultation n'y perçoit aucun bruit.

Cet invalide a vécu cinquante ans avec cette lésion bizarre ; il meurt d'un érysipèle, et l'autopsie démontre les faits suivants : Amincissement de l'os, le diploë est raréfié ; on découvre trois ou quatre pertuis qui perforent le frontal et vont s'ouvrir dans un canal veineux de nouvelle formation, qui va s'aboucher avec le sinus longitudinal supérieur ; l'arachnoïde vis-

cérale et pariétale sont adhérentes à la dure-mère; le cerveau est sain.

Ainsi, de l'autopsie, il résulte que cet invalide a porté toute sa vie dans la région frontale une tumeur sanguine, suite de lésion traumatique, tumeur qui recevait au travers du frontal le sang du sinus longitudinal supérieur, et qui, par suite, était parfaitement réductible.

Ce fait curieux fut présenté, comme je l'ai dit plus haut, à la Société de Biologie en 1851; il y eut discussion à son sujet, et aucun des membres de cette savante Société ne cita de fait analogue.

Voici maintenant le fait que j'ai observé à l'hôpital Saint-André en 1850; le lecteur jugera de l'analogie :

Chondel, âgé de vingt-deux ans, meunier, entre à la salle 17, service de M. Hirigoyen, le 11 novembre 1850.

Il raconte qu'à l'âge de dix ans, il a fait sur le front une violente chute; trois jours après, apparut une tumeur qui est restée stationnaire et a toujours eu l'aspect qu'elle présente aujourd'hui.

Cette tumeur est située sur la région frontale, un peu à droite de la ligne médiane; ses dimensions sont celles d'une grosse noix; elle est irrégulièrement arrondie et sans changement de couleur à la peau; la fluctuation y est manifeste; si on la presse doucement avec la paume de la main, elle se réduit entièrement, et la peau reste flasque et vide; le malade la réduit lui-même avec facilité : cette manœuvre ne s'accompagne d'aucun vertige. L'inspiration et l'expiration forcée ont sur elle une légère action; elle ne présente ni battements ni bruit de souffle. Le seul phénomène d'auscultation que j'aie pu percevoir est un bruit de souffle obscur sur le trajet du sinus longitudinal supérieur pendant que le malade réduisait presque violemment sa tumeur. Lorsque la tumeur est réduite, on découvre, au travers de la peau amincie, une dépression osseuse circulaire, à bords saillants, inégaux et rugueux.

Chondel voudrait guérir de cette sorte d'infirmité, qui cependant ne lui cause aucune douleur; il a déjà consulté un médecin, et une ponction a été pratiquée. Cette ponction a donné issue à un jet de sang.

Le 20 novembre, M. Hirigoyen y pratique une petite ponction au moyen d'une lancette; comme la première fois, il sort un jet de sang; ce sang n'est pas vermeil. Un stylet, introduit par l'ouverture, ne rencontre aucune rugosité; l'os semble recouvert d'une membrane molle, et il est impossible de rencontrer l'orifice de communication avec l'intérieur du crâne. Malgré l'écoulement du sang, la tumeur ne diminuant pas de volume, il est impossible de douter de sa communication avec une source sanguine considérable. Cependant, cet écoulement est facilement arrêté, et l'ouverture cicatrise rapidement au moyen d'une simple bandelette de toile-dieu.

Ce malade intéressant fut examiné par un assez grand nombre de médecins, et plusieurs opinions furent émises. Je ne les énumérerai pas ici. Je dirai seulement que je me rangeai à l'idée que cette tumeur était une tumeur sanguine en communication avec le sinus longitudinal supérieur.

Rien ne pouvait être tenté pour guérir ce malade. Aussi, peu de temps après, il sortit de l'hôpital, et je n'en ai plus entendu parler.

J'avais noté ce fait avec soin, et à l'époque où un heureux hasard le soumit à mon étude, j'avais fait dans les auteurs de nombreuses recherches infructueuses. Aucun ne citait un fait analogue. La seule observation de M. Gustave Dufour montre une lésion pareille. Je n'insisterai pas auprès de mes lecteurs pour en démontrer l'analogie.

Ainsi, il est aujourd'hui démontré pour moi qu'on peut ajouter aux effets des traumatismes de la voûte du crâne à la région frontale, une lésion non encore décrite, caractérisable de la manière suivante :

Raréfaction du diploé, perforation de la voûte crânienne, communication avec le sinus longitudinal supérieur, et formation consécutive d'une tumeur sanguine réductible, contenant du sang provenant de ce vaste réservoir.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Emploi des sinapismes contre la crépitation douloureuse des tendons. — Deux hommes atteints de cette maladie se sont présentés dans le service de M. Nélaton. Chez l'un d'eux le mal avait son siége dans la gaîne du long extenseur du pouce, chez l'autre dans une bourse séreuse développée accidentellement au niveau d'une ancienne fracture de l'avant-bras. Ces deux malades ont été traités par de simples sinapismes, et bien que la crépitation durât depuis quatre à six jours, elle a cédé comme par enchantement à l'action rubéfiante de ces topiques.

(*Journal de médec. et de chir. pratiques.*)

Chimie médicale et pharmac.

Mémoire sur la valeur des grains alimentaires, par M. Jules REISET. Première partie. — Une des plus intéressantes questions qui se présentent dans l'étude de l'économie rurale, c'est sans contredit la détermination de la valeur des grains employés à l'alimentation des hommes et des animaux.

Sur les marchés, l'acheteur recherche toujours un *blé lourd*, une *avoine lourde*; il entend par là donner la préférence au grain qui, sous le même volume, présente le poids le plus considérable. Cette préférence est-elle justifiée? Le grain qui pèse le plus a-t-il une valeur alimentaire plus grande? Telle est la question que M. Reiset s'est proposé d'étudier.

Cette première partie de son travail comprend seulement les expériences qui se rapportent au blé; l'auteur fera connaître plus tard le résultat de ses recherches sur les autres grains alimentaires.

Expériences sur le blé. — Si l'on cherche à déterminer avec précision le poids d'un volume donné de blé, on rencontre de nombreuses difficultés; en effet le poids d'un volume de grain dépend nécessairement: 1° de la méthode suivie pour le mesurer; 2° de la densité réelle des grains; 3° de leur forme; 4° enfin de leur état d'hydratation.

L'auteur examine successivement ces différentes causes de variation dans le poids d'un volume donné de grain.

La méthode la plus généralement adoptée pour arriver à des résultats comparables, en pesant un hectolitre de grain, consiste à verser ce grain à la pelle dans une mesure d'un demi-hectolitre, en ayant soin de ne pas ébranler la mesure et d'y faire tomber le grain vers le centre en tenant la pelle à 10 centimètres environ au-dessus de cette mesure.

On fait tomber l'excédant du grain en passant une seule fois le manche de la pelle sur la surface de la mesure. En procédant ainsi on obtient des résultats tout à fait comparables. Mais cette méthode n'était pas praticable pour une série nombreuse d'expériences; elle exigeait une quantité trop considérable de chaque échantillon de grain. M. Reiset a dû recourir à un appareil particulier que M. Bussche lui a fait connaître, et qui lui a fourni des données tout à fait satisfaisantes.

Cet appareil se compose d'une trémie métallique en forme d'entonnoir, glissant le long d'une tige métallique garnie d'un pied et pouvant être fixée à une hauteur déterminée au moyen d'une vis de pression.

L'orifice inférieur de l'entonnoir a 2 centimètres de diamètre; il est fermé par un petit couvercle à charnière s'engageant sur un ressort à bouton. La trémie chargée de grain, il suffit de presser légèrement le ressort à bouton : le couvercle s'ouvre brusquement en dehors et le grain tombe dans la mesure disposée pour le recevoir, et qui consiste en un cylindre en cuivre d'un demi-litre.

En opérant ainsi on obtient aussi exactement que possible le poids d'un volume déterminé de blé; mais pour connaître la pesanteur spécifique réelle, il faut tenir compte du vide laissé entre chaque grain de blé, de son volume et de sa forme, sans les modifier. Le poids que l'on considère indépendamment de ces circonstances n'est donc que le poids apparent.

La densité a été prise au moyen du voluménomètre décrit par M. Regnault dans les *Annales de chimie et de physique*, t. XIV, p. 207.

L'état d'hydratation du blé a été apprécié en chauffant le grain grossièrement pulvérisé dans un bain d'eau bouillante, en même temps qu'il était soumis à un courant d'air sec.

M. Reiset a ensuite reconnu la richesse relative des blés en gluten et en albumine en déterminant la quantité d'azote qu'ils fournissaient à l'analyse, et calculant d'après cette donnée les proportions correspondantes de matières azotées qu'ils devaient contenir.

Les expériences ont été faites sur un très-grand nombre de blés d'origine très-diverses; elles ont conduit l'auteur à des conclusions générales très-importantes que nous croyons devoir reproduire ici textuellement.

« Le poids d'un volume déterminé de blé dépend de la méthode suivie pour le mesurer, de la densité réelle des grains, de leur forme et enfin de leur état d'hydratation.

» La densité réelle des grains n'est pas généralement en harmonie avec leur poids apparent; on peut trouver que la densité la plus élevée correspond à un des plus faibles nombres pour le poids apparent du litre. D'autre côté, un poids apparent très-élevé peut correspondre à une densité au-dessous de la moyenne. Les plus grandes variations que subit le poids apparent des blés doivent être attribuées, presque exclusivement, à la forme même du grain; ainsi le blé le plus lourd présentera une forme ovoïde ou globulaire homogène, ce qui permet aux grains de

se placer plus également et en plus grande quantité dans les mesures. La proportion d'eau dans les blés examinés varie entre 12 et 19 pour 100 comme limites extrêmes : chaque espèce de blé paraît s'assimiler une quantité d'eau normale, qu'il retient avec une certaine affinité dans les circonstances atmosphériques ordinaires. Par une dessiccation fractionnée, le grain éprouve une contraction sensible ; la densité augmente, mais le poids apparent du litre diminue. En absorbant de l'eau, le grain se gonfle, la densité et le poids apparent du litre vont en diminuant. Le grain, gonflé par une absorption d'eau accidentelle, ne reprend pas son volume primitif par la dessiccation, son poids apparent et sa densité deviennent et restent très-faibles.

La proportion de gluten a varié de 10,68 à 17,93. Il n'existe aucune relation entre le poids apparent des diverses espèces de blés examinés et leur richesse en matière azotée.

La proportion de gluten paraît généralement augmenter avec la densité des blés.

Les blés durs et glacés présentent les plus fortes densités et contiennent aussi plus de gluten que les blés tendres.

Les blés examinés ont donné 1,77 à 2,25 de cendres ; on trouve généralement réunies, dans le même blé, avec la plus grande proportion de cendres, la plus grande richesse en gluten et la plus forte densité.

En prenant pour base du prix des blés leur richesse en gluten, on devrait payer 25 francs ou 15 francs 37 c. les 100 kilogrammes d'un blé, suivant qu'il contiendrait 15,51 de gluten, comme le blé hérisson, ou 9,54 comme certain blé anglais.

En choisissant, pour faire son pain, un blé plus ou moins riche en gluten, l'ouvrier qui consomme environ deux livres et demie de pain par jour, peut augmenter sa ration quotidienne d'une quantité de matière azotée correspondant à une demi-livre de viande de bœuf. Dans les conditions qui servent aujourd'hui de bases aux transactions commerciales, le producteur n'a aucun intérêt à livrer au consommateur des blés riches en matières azotées ; ces variétés de blés, ordinairement durs et glacés, appauvrissent notablement le sol, et sont presque toujours dépréciées sur les marchés, parce qu'elles fournissent une farine un peu moins blanche que les blés blancs à écorce tendre.

L'analyse des blés récoltés, à différents états de maturité, montre que la quantité d'eau diminue dans le grain à mesure que la maturité augmente. Il existe aussi une certaine variation dans les proportions de gluten contenues dans les blés. Ces variations sont cependant peu importantes et ne paraissent pas suivre une marche déterminée.

Dans une même variété de blé, les gros grains parfaitement développés contiennent plus d'eau et moins de gluten que les grains maigres. Le poids de l'hectolitre de blé ne donnant que de très-faibles indications sur la qualité du grain, la vente au volume ne présente que des inconvénients. Le gouvernement, en établissant la vente au poids sur une base uniforme, rendrait un véritable service à l'agriculture en faisant cesser la confusion qui existe aujourd'hui sur les marchés, par l'emploi d'un système mixte.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Histoire naturelle médicale.

Sur la racine de l'arbousier (*Arbutus unedo*), comme succédanée de la racine de ratanhia. Rapport sur une note de M. Guyot Dannecy, pharmacien à Bordeaux; par M. E. SOUBEIRAN.

La Société de pharmacie a renvoyé à mon examen une note de M. Guyot Dannecy sur la racine de l'arbousier, comme succédanée du ratanhia. — La note n'est pas longue, je la rapporterai textuellement.

« L'arbousier, de la famille des Éricinées, paraît être originaire du midi de l'Europe et de la partie septentrionale de l'Afrique, où il paraît préférer les terrains arides et sablonneux. Son port très-élégant, ses feuilles persistantes toujours vertes, dont la couleur tranche agréablement avec le rouge vif de ses fruits, en font un des arbustes les plus recherchés des jardins d'agrément.

» Les usages de cette plante dans les pays où elle croît spontanément et où elle se trouve en grande abondance sont très-limités. Dans plusieurs cantons seulement, les feuilles ont été employées pour remplacer l'écorce de chêne dans le tannage des peaux; les fruits l'ont été quelquefois dans la médecine domestique comme astringents. Là se bornent ses usages comme agent thérapeutique et son emploi comme élément industriel.

» L'abondance du principe astringent renfermé dans toute la plante, m'avait fait soupçonner que la racine fortement colorée en rouge dans la plus grande

partie de sa masse, et présentant un aspect résineux, pourrait bien receler un principe extractif susceptible d'être utilisé. Quelques essais tentés dans ce but viennent de réaliser mes prévisions.

» Cette racine convenablement divisée et traitée dans l'appareil de déplacement par l'eau-de-vie et l'eau, a fourni un extrait (représentant le cinquième de la substance employée) d'une magnifique couleur grenat, parfaitement soluble dans l'eau froide, d'une saveur astringente sans amertume, et présentant tous les caractères de l'extrait de ratanhia préparé dans nos officines.

» Cet extrait avec lequel nous avons préparé un sirop, une teinture, des pilules, a été expérimenté par quelques praticiens et leur a paru à tous et dans tous les cas remplacer l'extrait de ratanhia.

» Il est permis d'espérer de ces différents essais, que la racine d'arbousier, se prêtant aux différentes formes pharmaceutiques, pourra remplacer la racine de ratanhia dont elle partage les précieuses propriétés et viendra prendre place à côté des astringents les plus employés. Heureux, si ces recherches peuvent acquérir à notre matière médicale une substance nouvelle et utile et donner de la valeur à un produit si abondant dans nos contrées (les Landes), d'ailleurs si déshéritées en productions agricoles.

» GUYOT DANNECY, *pharm. à Bordeaux.* »

J'ai fait des expériences pour répondre au désir de la Société de pharmacie, mais j'ai cru ne pas devoir me borner à la comparaison de l'extrait de racine d'arbousier avec l'extrait de ratanhia. Il m'a semblé qu'il y aurait avantage à marquer sa place parmi les astringents à base de tannin de l'usage le plus ordinaire. Cette comparaison devait me conduire d'ailleurs à une appréciation comparative de cet ordre de médicaments, qui ne paraît jamais avoir été faite convenablement.

Les astringents sur lesquels j'ai opéré ont été :

Cachou en masse du Pégu.
Cachou en galettes de l'Inde.
Kino de la Jamaïque.
Kino d'Amboine.
Extrait d'écorce de chêne.
— — de monésia.
— de racine de bistorte.
— — d'arbousier.
— — de ratanhia.
— — de tormentille.

J'ai fait une première série d'expériences, en prenant pour terme de comparaison l'impression d'astriction plus ou moins prononcée que produisait sur la bouche la dissolution de ces divers extraits. Chaque dissolution avait été préparée avec un gramme de chacun des extraits et 50 grammes d'eau froide à 20°. J'ai pris 10 centimètres cubes de chaque dissolution que j'ai étendus avec 50 centimètres d'eau, et j'ai goûté comparativement les liqueurs. Après un premier classement approximatif, les dissolutions ont été reprises deux à deux, en opérant successivement sur les deux plus voisines et en laissant un grand intervalle de temps entre chaque dégustation, pour conserver à l'organe du goût toute sa sensibilité et sa sûreté de jugement.

Voici l'ordre dans lequel les divers extraits astringents se sont placés, en commençant par les plus sapides.

Cachou de Pégu.
Kino de la Jamaïque.
Kino d'Amboine.
Cachou de l'Inde.
Extrait de ratanhia.
— de monésia.
— de tormentille.
— d'écorce de chêne.
— de racine de bistorte.
— — d'arbousier.

J'ai pris alors 10 centimètres cubes de chaque liqueur, je les ai étendus dans 500 centimètres cubes d'eau et j'ai ajouté un peu de chlorure ferrique qui a coloré diversement chaque dissolution. (Cachou de Pégu en vert, cachou de l'Inde, extrait de monésia et les deux kino en brun, extrait de ratanhia en gris sale, les autres en bleu).

J'ai alors étendu chacune de ces liqueurs colorées avec de l'eau jusqu'à ce que la coloration cessât d'être sensible. C'était un moyen d'estimer la proportion de tannin, et par suite la propriété astringente de chaque liqueur, moyen approximatif seulement, parce que le tannin est accompagné par des matières extractives colorées, qui elles aussi ont leur action colorante sur le sel de fer et parce qu'il n'est pas possible de reconnaître avec précision le moment où la couleur due au tannate de fer a disparu. L'expérience pouvait cependant être utile en ne lui demandant que ce qu'elle pouvait donner, c'est-à-dire seulement une classification générale. 1 million de parties d'eau ont cessé d'être colorées quand la dissolution ne contient plus que

8 parties de cachou de Pégu.
10 — de kino de la Jamaïque.

12 parties de kino d'Amboine.
14 — de cachou de l'Inde.
15 — d'extrait de monésia.
15 — d'extrait de ratanhia.
35 — d'extrait de tormentille.
50 — d'extrait de bistorte.
55 — d'extrait d'écorce de chêne.
160 — d'extr. de rac. d'arbousier.

C'est le même ordre qui avait été trouvé par l'épreuve organoleptique.

Sur ces indications, on pouvait présumer que cet ordre représente aussi la puissance médicinale comparée de ces divers astringents et en effet ils s'accordent assez bien avec les effets observés dans la pratique des médecins.

Je trouve, en effet, que M. Trousseau a mis sur le même rang le cachou, le kino et l'extrait de ratanhia. Les légères différences qu'il a observées s'expliquent assez bien par la difficulté de déterminer à quelle espèce commerciale il a eu affaire, et aussi parce que les sucs commerciaux de même origine ne sont pas toujours identiques dans leur composition. Les kinos et les cachous du commerce sont loin d'être toujours les mêmes ; mais il me paraît que le cachou de Pégu marche incontestablement le premier. Quant à l'extrait de ratanhia, malgré le rang secondaire qu'il occupe dans les séries, j'estime bien acquise la réputation dont il jouit dans l'esprit des médecins, parce qu'il est très-actif, quand il a été bien préparé, parce qu'il est plus constant dans sa composition que les divers sucs astringents du commerce et que l'on peut compter davantage sur la régularité de ses effets.

M. Trousseau place aussi l'extrait de monésia sur le même rang que l'extrait de ratanhia. Les expériences que j'ai rapportées sont tout à fait d'accord avec l'opinion de ce savant thérapeutiste.

M. Trousseau reconnaît que l'extrait de tormentille est un astringent très-énergique. C'est comme tel qu'il est classé depuis longtemps dans la matière médicale. Il doit venir cependant après l'extrait de ratanhia, mais il se recommande parce qu'il est le produit d'une plante extrêmement commune dans tous les bois et dont les médecins de campagne ne savent pas assez le parti qu'ils pourraient tirer.

Mes expériences, comme celles de M. Trousseau, placent l'extrait de bistorte bien en arrière, sur le même rang à peu près que l'écorce de chêne. L'extrait de racine d'arbousier est bien plus loin : j'en puis donc conclure que M. Guyot Dannecy s'est fait illusion sur sa valeur. Il peut sans doute être utilisé comme astringent ; mais il est loin de pouvoir supporter la comparaison avec l'extrait de ratanhia ; il arrive encore loin après l'extrait de tormentille et même après l'écorce de chêne et de bistorte.

Il est bon de remarquer que l'astriction comparée de ces divers astringents n'est pas la seule considération dont le médecin doive s'enquérir. Il trouve bientôt que, pour avoir un principe commun, ces médicaments, même en tenant compte de leur différence d'astriction, ne sont pas tellement identiques dans leur action que dans certaines circonstances on ne doive préférer les uns aux autres. D'abord le tannin, que l'on rencontre dans les divers végétaux, n'est pas un principe absolument semblable à lui-même. Il se présente avec de légères variations dans ses propriétés qui sont assez tranchées pour ne pas le confondre au point de vue médical. Les substances qui contiennent du tannin, considérées sous ce rapport, ne diffèrent plus entre elles seulement par les proportions différentes de ce principe, mais parce qu'il est lui-même différent. Ainsi, tandis que le tannin de la noix à galle et la noix de galle elle-même ont une saveur astringente des plus désagréables et un caractère de stypticité qui a quelque chose de révoltant pour les tissus, le tannin du cachou, de la racine de ratanhia, de l'écorce de monésia et de la rose rouge sont plus doux et sont mieux supportés.

La noix de galle, à cause de sa saveur styptique et presque mordicante, est plus spécialement réservée pour l'usage externe et l'on peut compter toujours sur son activité.

L'extrait de ratanhia, le kino, l'extrait de monésia sont plus appropriés à l'usage interne. Ce sont des médicaments d'une action sûre, mais contre lesquels nos tissus se révoltent moins. L'extrait de monésia est surtout très-remarquable sous ce rapport par la présence d'une matière sucrée dont la saveur domine d'abord celle du tannin.

L'écorce de chêne n'est employée d'habitude qu'à l'extérieur ; elle a un caractère tout particulier : à cause de l'abondance des matières extractives qui accompagnent le tannin, elle doit pénétrer les tissus plus facilement et leur laisser plus de souplesse. C'est cette même singularité d'effet qui lui donne un avantage marqué, pour le tannage des peaux, sur des matières tannantes plus pures.

Le cachou, par sa saveur agréable, est plus spécialement approprié aux cas dans lesquels on recherche plutôt la propriété tonique du tannin que ses effets astringents. La rose rouge, que son odeur rend

agréable, est employée de préférence pour faire une conserve et un mellite, qui sont devenus des remèdes populaires, dont les médecins eux-mêmes se décident souvent à tirer parti.

Malgré la propriété que le tannin possède de se combiner aux tissus et d'en resserrer la trame, les médicaments qui le contiennent, introduits dans le tube digestif, sont cependant absorbés, et ne tardent pas à produire leur effet sur l'économie générale. L'absorption est évidente et se trahit par les effets qui se produisent et l'influence sur des flux hémorrhagiques éloignés. Il m'a semblé intéressant cependant d'observer directement le passage de la matière tannante à travers le tube intestinal. L'expérience a été faite avec un intestin grêle d'un porc qui venait d'être tué il y avait une heure à peine. J'en ai enlevé la membrane péritonéale, et j'ai lavé l'intérieur de l'intestin en y faisant passer un courant d'eau, sans exercer de pression ni de frottement de peur d'altérer les villosités intestinales. Pour faire l'expérience, je prenais un bout d'intestin dont je plongeais la partie moyenne dans un cylindre de verre court et large, tandis que je laissais pendre les deux extrémités en dehors. Dans l'intestin, je mettais une dissolution de la matière tannante qui occupait 5 centimètres de hauteur, et dans l'intérieur du vase je mettais une liqueur albumineuse faite avec deux parties de blanc d'œuf et une partie d'eau. Les dissolutions des matières astringentes ont toutes été préparées dans les proportions où on les fait entrer souvent dans les potions, savoir 4 grammes d'extrait pour 100 grammes d'eau.

Dans toutes les expériences, le tannin a traversé l'intestin; il a augmenté sa consistance, et a dessiné nettement les villosités. Il a pénétré dans la liqueur albumineuse, où sa présence a été accusée par l'épaississement et la coagulation qui se sont produits, et a pu être décelée encore par la coloration que les sels de fer faisaient prendre à la liqueur. A la vérité, on pourrait ne voir là qu'un phénomène d'endosmose et d'imbibition ; l'expérience démontre toutefois que le resserrement des tissus n'est pas un obstacle au passage de la matière tannante. Dans l'état de vie, ce passage du tannin est suffisamment prouvé par les effets du médicament qui vont se produire au loin. Il suffit d'une faible quantité de tannin pour donner au sang de la consistance, augmenter sa plasticité et diminuer sa propriété de pénétration à travers les membranes, en même temps que la présence du tannin peut lui permettre d'agir localement sur les tissus qui sont le siége d'un flux trop abondant et de les tonifier.

Le passage du tannin de l'intestin dans le système circulatoire recevrait une nouvelle preuve si l'on pouvait y constater sa présence. M. Hennig assure qu'on le retrouve dans l'urine à l'état d'acide gallique. Je ne conteste pas le fait, mais je n'ai pu retrouver ici le tannin ni l'acide gallique dans l'urine d'un malade qui prenait tous les jours 1 gramme de tannin, ni dans celle de différents malades à qui leur médecin faisait prendre de l'extrait de ratanhia. J'opérais à la fois sur l'urine de toute la journée; mais je ne l'ai jamais vue se colorer par les sels de fer, et la liqueur alcaline cuivreuse de M. Poggiale n'y a pas produit, même à chaud, la moindre précipitation de cuivre métallique.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Falsifications.

Réactifs pour reconnaître la pureté des huiles volatiles; par M. G.-H. Oeller.

Huiles d'amandes amères.

Outre le poids spécifique et l'odeur particulière qui peuvent faire reconnaître cette huile, on peut constater : 1° sa grande solubilité dans l'acide sulfurique : la solution est claire, colorée en brun-rougeâtre et sans décomposition visible ; 2° l'action lente de l'acide nitrique sur cette huile ; 3° la solubilité partielle de l'iode dans la même huile ; 4° l'indifférence du chromate de potasse sur cette essence ; 5° l'élimination des cristaux résultant de sa solution dans un solutum alcoolique de potasse caustique ; 6° son épaississement particulier par l'ammoniaque caustique et l'acide chlorhydrique, et l'élimination des cristaux provenant des solutions alcooliques de ces nouveaux composés ; 7° sa réaction sensiblement acide.

Huile de girofle.

Cette huile est facilement reconnaissable aux caractères suivants :

1° Mêlée avec la solution alcoolique de potasse, elle se prend entièrement en masse cristalline, en perdant en même temps complétement son odeur de girofle.

2° Mêlée avec l'ammoniaque liquide, il se forme un coagulum butyreux qui cristallise après la fusion.

3° L'acide nitrique la décompose en formant une masse solide d'un brun rougeâtre.

4° Une petite quantité d'acide sulfurique la colore en bleu foncé, tandis qu'une plus forte proportion de cet acide la change en une masse solide d'un rouge de sang.

5° La solution de chromate de potasse la décompose complétement en flocons bruns, et la couleur jaune de la solution est détruite.

6° Elle dissout l'iode avec lequel elle forme un extrait liquide.

7° Elle dissout complétement la santaline.

Huile de cannelle.

L'odeur de l'huile de Ceylan est différente de celle de l'huile de Chine. La première de ces deux essences est plus liquide et d'un poids spécifique moindre que la seconde. L'huile de Ceylan peut aussi être exposée à une température plus basse que celle de Chine, sans devenir trouble.

Les caractères communs à ces deux essences sont :

1° Leur solubilité dans la solution alcoolique de potasse caustique, en prenant une couleur d'un brun jaunâtre ; la solution se trouble fortement en peu de temps, et il se précipite une huile plus dense non dissoute, tandis que la solution redevient de nouveau claire.

2° Leur décomposition par l'acide nitrique qui leur communique l'odeur d'huile d'amandes amères, en même temps qu'il se produit un baume de couleur jaunâtre : l'huile de Ceylan éprouve plus vite une décomposition vive et avec moins de chaleur.

3° L'iode se dissout rapidement dans l'huile de Ceylan avec une augmentation considérable de chaleur et formation d'un résidu coriace ressemblant à de l'extrait. Avec l'huile de Chine, la réaction est lente ; il se développe peu de chaleur, et le résidu est mou ou liquide.

4° Le chromate de potasse décompose partiellement l'huile de Ceylan en flocons jaunes qui restent suspendus dans la solution. Celle-ci est privée de sa couleur jaune, tandis que la portion non décomposée prend la couleur rouge jaune-pâle et s'épaissit. La solution traitée avec l'huile de Chine, ne perd pas complétement sa couleur jaune, ne renferme pas de flocons, et l'huile, trouble comme émulsive, ne redevient plus claire.

5° L'acide sulfurique forme avec l'huile de Ceylan une masse dure, solide, changeant d'une couleur vert-brun en du noir foncé ; avec l'huile de Chine cette matière est plus molle et d'un vert-olive foncé. Une quantité plus petite d'acide colore les huiles en rouge-pourpre.

6° L'acide chlorhydrique communique à ces huiles une couleur violette.

Huile de sassafras.

1° Cette huile forme avec l'iode une solution claire qui ne s'épaisait pas.

2° Deux parties de cette huile et une d'acide sulfurique produisent un liquide vert, qui ne se forme avec aucune autre huile : puis, en chauffant le liquide, cette couleur change en rouge de sang. Une plus grande quantité d'huile produit dans l'acide chauffé une couleur d'un beau rouge-amarante, tandis que l'huile elle-même paraît simplement d'un rouge brun ou bleu.

3° L'acide nitrique décompose cette huile sans chaleur, et il se forme une résine brun rougeâtre, laquelle étant soumise à la chaleur, devient dure et cassante.

4° Enfin, la grande pesanteur spécifique de cette huile et son peu de solubilité dans l'alcool, conduisent aisément à la découverte de l'addition de ce dernier, qui en détruit les propriétés.

Huile d'anis étoilé.

1° Cette huile se combine avec l'iode et se prend en une masse solide résineuse.

2° Elle s'épaissit facilement avec l'acide sulfurique, se change en une masse solide, et devient, par la chaleur, d'un rouge de sang foncé.

3° L'acide nitrique n'y produit qu'un baume épais liquide, tandis que l'huile devient jaune, et brun-rougeâtre par la chaleur.

4° Elle se dissout difficilement dans 5 ou 6 parties d'alcool, ainsi que dans la solution alcoolique de potasse caustique.

Huile d'anis (anis vert.)

La pesanteur spécifique constante de cette huile (de 0,97 à 0,99 et plus souvent de 0,98 à 0,99), de même que sa disposition pour se congeler promptement à une basse température, sont des caractères très-distinctifs pour la reconnaître. Cependant un meilleur moyen consiste dans sa prompte conversion avec l'iode en une masse solide, dure, par une augmentation sensible de chaleur, et la production de vapeurs grises et rouges jaunâtre. L'acide sulfurique, chauffé avec cette huile, donne lieu à une belle couleur pourpre, il l'épaissit et la durcit promptement. Les autres réactions sont semblables à celles obtenues avec l'huile d'anis étoilé.

Huile de rhue.

Le prix élevé de cette huile, ainsi que

sa forte odeur, rendent sa falsification fréquente et facile. On reconnaît celle qui est préparée dans les laboratoires, en ce qu'étant dissoute doucement dans l'iode, on n'aperçoit aucun signe visible de réaction, et par la formation d'un liquide légèrement visqueux ; on y découvre par ce moyen son adultération par les essences des conifères, des aurantiacées et de la plupart des labiées. L'acide nitrique n'agit que lentement sur cette huile et la change en un liquide jaune verdâtre, d'une légère consistance de baume. Le chromate de potasse est sans réaction sur elle. Les huiles moins chères des labiées se reconnaissent facilement par la solution trouble dans l'alcool, la solution brun rougeâtre dans la potasse caustique et par la coloration analogue, mais plus foncée, que l'essence et l'acide prennent par l'acide sulfurique. Lorsqu'on compare ces réactions avec celles qu'on obtient avec l'huile du commerce, celle-ci ne paraît être qu'un produit adultéré.

Huile de cajeput.

1° Avec l'iode, l'action est peu énergique sans augmentation sensible de température, et il se forme immédiatement un coagulum délié, se changeant en peu de temps en une masse dure, sèche, d'un brun verdâtre. Pour cette raison, les huiles fulminantes sont facilement décelées, de même que celle des labiées.

L'essence de romarin produit aussi quelquefois avec l'iode quelques parties coagulées, mais qui ont toujours la consistance d'un extrait mou.

2° Les légers changements de couleur produits par le chromate de potasse sont un peu plus marqués avec l'huile de romarin, mais la coloration, également faible, que prend la solution dans la potasse caustique, qui est claire à froid et trouble à chaud, est la même dans l'eau de romarin. Cette dernière ne peut pas être décelée par l'épreuve à l'acide sulfurique ; celui-ci se colore en rouge foncé jaunâtre, et l'huile devient brune ; cependant, plusieurs autres adultérations peuvent être reconnues par ce moyen. La légère coloration de l'huile de cajeput par l'acide nitrique, qui lui communique seulement une couleur rouge-brunâtre, accompagnée d'une réaction très-vive et la formation d'un baume liquide, permettront de la distinguer facilement des autres huiles, mais non de celle de romarin.

3° L'huile de cajeput peut aussi être reconnue à une sensation de froid qu'elle laisse dans la bouche.

4° Sa pesanteur spécifique est au-dessous de 0,91 jusqu'à 0,92 ; il sera facile de démontrer la présence des huiles plus légères et de l'alcool.

5° Son adultération par le camphre sera reconnue par son affinité pour l'eau et par une distillation divisée.

Huile de menthe poivrée.

Toute adultération de cette essence, sauf avec l'alcool ou avec une autre huile de menthe, se découvre facilement à l'odeur et à la saveur particulières de cette huile.

La présence de l'alcool se reconnaît à la densité de l'huile qui est rarement sous 0,90 et qui doit être considérablement moindre si l'alcool employé est plus fort. Quant aux autres essences de menthe, nous ne connaissons que celle de la menthe crépue ; cependant, nous pouvons conclure du peu d'affinité de l'huile de menthe poivrée pour le chromate de potasse et l'iode, que les autres espèces en diffèrent chimiquement, autant que les plantes qui les produisent diffèrent entre elles par l'odeur.

Le caractère le plus distinctif que l'essence de menthe poivrée ne partage avec aucune autre huile de labiées, sauf avec quelques-unes de ses composées, est son action sur le chromate de potasse, à laquelle ce sel communique une couleur d'un rouge-brun foncé, et son épaississement en forme de coagulum, plus semblable à un extrait qu'à une résine : ce coagulum se divise par l'agitation sous forme floconneuse, pendant que la solution du sel perd en peu de temps toute sa couleur jaune ou paraît d'un vert jaunâtre.

Le rouge-pourpre communiqué à l'huile par le quart de son volume d'acide nitrique, est, au moins pour les qualités de 0,89 à 0,90 très-caractéristique. Les autres huiles, qui ne prennent qu'une coloration brune, ont au moins une légère teinte rougeâtre, mais toutes par l'addition d'un acide et à l'aide d'une température plus élevée, changent en brun rougeâtre et se prennent en un liquide balsameux.

Huile de thym.

Cette huile ne se distingue par aucun caractère particulier, et dans la plupart des cas où elle est employée comme parfum ou pour l'usage externe, son odeur pure et délicate sera un signe suffisant pour la reconnaître. Sa faible réaction avec l'iode fera découvrir son adultération par l'essence de térébenthine, tandis qu'une réaction plus forte avec le chromate de potasse peut servir pour reconnaître d'autres mélanges.

Essence de lavande.

L'alcool est le seul liquide dont on fait usage pour falsifier cette essence, sans en diminuer entièrement la valeur : on reconnaît ce liquide dans les qualités inférieures débitées dans le commerce à sa pesanteur spécifique. Sur dix échantillons examinés, la densité la plus basse de la plus mauvaise qualité était de 0,86 ; celle des meilleures qualités, le plus souvent de 0,87 à 0,89.

Le caractère particulier de l'huile de lavande qui la distingue, pour ce qui regarde son degré, de toutes les huiles obtenues des labiées, est sa fulmination vive et violente avec l'iode, et le changement complet de l'odeur piquante acido-balsamique du résidu mou extractif. On observe constamment ce phénomène dans toutes les huiles pures. Celle de moindre qualité, moins chère, fournie par le commerce, ne fulmine pas. L'addition d'un tiers d'alcool n'affaiblit pas sensiblement la fulmination ; de même, une demi-partie d'alcool ne la détruit pas complétement, seulement elle l'affaiblit ; à volume égal, la fulmination n'a plus lieu, mais il se développe une légère ébullition et la production de vapeurs rouge jaunâtre. Par conséquent, on ne peut reconnaître par les réactions de petites quantités d'alcool ; par ce motif, la plus légère réaction qui résulte de l'huile pure avec la santaline, est un meilleur réactif, parce que celle renfermant de l'alcool dissout promptement cette matière.

Une adultération par des huiles fulminantes qui ne sera pas découverte dans ce cas par l'iode, sera décelée par les réactions différentes qu'elles éprouvent par la potasse caustique. La solution alcoolique de potasse forme, avec l'huile de lavande, une solution claire, en lui communiquant une couleur d'un brun rouge, jaunâtre foncé, tandis que les autres huiles s'y dissolvent difficilement et deviennent troubles et très-légèrement colorées.

Parmi les meilleurs réactifs de l'huile de lavande, on peut aussi compter la couleur rouge-brunâtre foncé, produite par l'acide sulfurique, accompagnée d'un fort épaississement, pendant que l'acide, également coloré, prend une légère teinte jaunâtre.

Huile de cubèbes.

Cette huile, dépourvue d'oxygène, diffère des autres, *ayant la même composition*, par sa viscosité et sa faible action sur l'iode, qui lui communique, au commencement de la réaction réciproque, une couleur violette. L'alcool absolu, en grande proportion et à une haute température, forme avec cette huile une solution le plus souvent claire, à volume égal ; on obtient une solution très-trouble, en faisant précipiter des flocons. L'huile, fortement troublée par l'acide nitrique, devient simplement d'un rouge pâle par la chaleur, mais elle est décomposée et changée en une résine consistante. L'acide sulfurique prend une couleur rouge, l'huile devient cramoisie ; ces caractères suffiront pour l'essai de cette huile, qu'il est déjà très-difficile de falsifier, à cause de sa viscosité et de l'absence de couleur.

Huile de bergamotte.

A cause de leur odeur délicate, les huiles des aurantiacées sont plus à l'abri des falsifications que l'huile de lavande, hormis celle par l'alcool ; d'un autre côté, un mélange de ces huiles s'effectue plus facilement et se reconnaît plus difficilement. Cependant des fraudes de cette nature sont peu à craindre, à l'exception de celles de l'huile de fleurs d'orangers, beaucoup plus chère que les autres. La similitude de leurs propriétés chimiques respectives ne laisse d'autre épreuve que l'odeur. La forte pesanteur spécifique et invariable (de 0,87 à 0,88), servira à faire découvrir tout mélange d'alcool. L'affinité que l'huile de bergamotte a pour ce liquide démontre distinctement la différence qui existe entre sa quantité propre et celle des autres huiles de la même famille ; elle se dissout promptement dans l'alcool ; mais, comme les autres huiles, elle rend, du moins lorsqu'elle est récente, la solution opaque. Elle se distingue aussi des huiles de citron et d'orange par ce fait qu'elle se dissout facilement et clairement dans une solution de potasse caustique. La différence dans ses éléments est aussi rendue manifeste par sa réaction avec l'iode, non tant pour ce qui regarde sa propriété fulminante, qui, quoique plus faible que dans l'huile de citron, est plutôt plus forte que dans l'huile d'orange, mais par la nature homogène du résidu, qui, dans les deux huiles mentionnées en dernier lieu, et dans toutes celles exemptes d'oxygène, forme deux combinaisons, différant de consistance. Cette huile, par son impropriété de dissoudre la santaline, est, de même que les autres huiles de la même famille, à l'abri de l'adultération par l'alcool. Un mélange d'une partie d'alcool et de cinq parties d'huile est à peine capable de donner lieu à la fulmination. Deux gouttes d'alcool ajoutées à trois gouttes d'huile ne produisent réellement pas de fulmination, mais il se forme

néanmoins une vive réaction avec effervescence.

Huile de copahu.

Il est très-difficile de reconnaître dans cette huile de petites quantités d'essence de térébenthine, parce que, dans la plupart des circonstances, elles réagissent de la même manière. Il existe une légère différence dans l'intensité de la fulmination; celle du copahu est plus faible : cette huile exige le double d'alcool pour sa solution, qui reste cependant encore trouble. De même son affinité pour l'acide sulfurique est légèrement différente; l'huile de copahu devient d'un rouge-brun jaunâtre, celle de térébenthine d'un rouge jaunâtre.

(*Journal de chimie médicale.*)

NOTE SUR LES FALSIFICATIONS DES ALOÈS; par NORBERT GILLE, pharmacien, répétiteur à l'École de médecine vétérinaire de l'État. — Si l'on s'en rapporte à l'opinion émise par deux savants professeurs, MM. Delafond et Lassaigne, l'aloès est le seul bon purgatif que possède la médecine vétérinaire, pour les grands animaux et notamment pour le cheval; d'un autre côté, la médecine humaine tire de cet agent thérapeutique de grands avantages et il peut être rangé au nombre de ceux qu'elle utilise le plus souvent. A ce double titre il intéresse à un haut point les vétérinaires et les médecins, puisque les uns et les autres en font une arme précieuse pour combattre des maladies qui sont au nombre de celles qui réclament le plus souvent leurs lumières. Les pharmaciens, de leur côté, dans la sphère de leurs attributions, ne doivent laisser échapper aucun fait, aucune observation, lorsqu'il s'agit d'une substance médicamenteuse aussi souvent employée; c'est mû par cette pensée que nous avons écrit ces quelques lignes.

Plusieurs hommes éclairés se sont occupés de différentes questions qui se rattachent à son histoire; ils ont, la plupart, levé une partie du voile qui la recouvrait, mais le dernier mot n'a pas encore été dit, il reste plus d'un point à éclaircir.

Appelé par notre position à manier souvent l'aloès, nous avons étudié attentivement ce qui se rattache à ce médicament; les procédés recommandés pour rechercher ses falsifications ont surtout attiré notre attention; quelques expériences que nous avons faites pour élucider cette partie de son histoire nous ont conduit à des résultats qui nous ont paru assez intéressants pour pouvoir être soumis à l'appréciation des hommes qui s'occupent d'une partie quelconque des sciences médicales.

Lorsque l'on consulte les différents ouvrages qui traitent des falsifications, on y rencontre l'énumération des corps étrangers qui sont employés pour falsifier l'aloès, ces corps sont : la *colophane*, la *poix-résine*, la *poix noire*, les *ocres*, les *os calcinés*, la *gomme arabique*, l'*extrait de réglisse*. Quoique la plupart de ces sophistications ne se commettent que très-rarement, il importe néanmoins de connaître des procédés qui permettent de constater leur existence.

Si l'on met à exécution ceux qui jusqu'ici étaient les seuls connus pour déceler la présence des résines qui viennent d'être énumérées, on s'aperçoit bientôt qu'ils laissent beaucoup à désirer et qu'ils peuvent même induire en erreur; c'est en effet ce que nous avons pu constater aux manipulations de l'école vétérinaire où les élèves doivent rechercher, sous nos yeux, les principales falsifications des médicaments qu'ils doivent avoir plus tard dans leurs officines. Malgré leur imperfection, ces procédés étaient recommandés par les auteurs les plus estimés, par ceux même qui épient sans cesse les falsifications, qui veillent constamment sur la qualité des médicaments et auxquels nous devons les publications les plus utiles sur cette partie importante de la pharmacologie. C'est guidé par l'exemple et l'expérience de ces savants que nous avons aussi recommandé un de ces procédés dans notre petit volume sur les falsifications des médicaments qui doivent se trouver dans l'officine du médecin vétérinaire belge.

L'un de ces procédés consiste à plonger dans l'aloès soupçonné une broche de fer chauffée presque jusqu'au rouge ou à l'exposer à une température assez élevée. Dans ces différents modes d'essai, le but que l'on veut atteindre est de faire développer l'odeur qui caractérise les résines des abiétinées, mais la nature de l'aloès, la présence de la résine qui s'y trouve déjà naturellement, lui donne la propriété de répandre une odeur forte lorsqu'on le traite par ces moyens; il suffit de faire l'expérience avec de l'aloès pur et avec de l'aloès que l'on a falsifié, pour se convaincre qu'il est difficile, sinon impossible, de pouvoir se prononcer d'après les résultats obtenus; on sera bientôt persuadé que l'odeur exhalée de l'aloès pur doit dominer et masquer celle des autres résines qui ont quelquefois été mêlées avec lui.

Un autre moyen a été préconisé pour

rechercher les résines; il ne laisse pas moins à désirer que celui qui vient d'être mentionné, il a même dû être imaginé dans un moment d'aberration et être livré au public médical sans avoir été soumis à l'expérimentation. Pour le mettre en pratique on traite l'aloès par l'eau pour le dissoudre, dit-on, et séparer ainsi les diverses résines qui auraient pu y être mêlées. Ce procédé, très-simple et d'une exécution très-facile, devrait être préféré à tous les autres s'il avait reçu la sanction de l'expérience; mais si on se rappelle la composition des différentes qualités d'aloès, si on se rappelle comment elles se comportent avec l'eau, si enfin, on expérimente sur de l'aloès pur et sur de l'aloès que l'on a falsifié soi-même, on sera bientôt convaincu que ce mode d'essai est beaucoup plus vicieux que le premier et qu'il ne peut donner que des résultats qui feraient tirer des conclusions erronées; il ferait en effet considérer comme ayant été falsifiés les aloès qui laissent un résidu que l'eau pure ne peut dissoudre.

Ces différents procédés, malgré les inconvénients qu'ils présentaient, ont été, faute de mieux, les seuls que nous avons fait suivre pendant quelque temps par les élèves de l'école de Cureghem; mais leur imperfection ne donnait pas à l'opérateur cette satisfaction et cette conviction que donnent les réactions nettes et bien tranchées, elle laissait dans l'esprit une incertitude qui faisait désirer tout naturellement la découverte d'un procédé qui pût conduire à des résultats plus concluants. Pour satisfaire à ce besoin il fallait de nouvelles recherches, il fallait des expériences; nous nous sommes mis à l'œuvre et nous avons trouvé un procédé qui présente sur les autres un avantage essentiel : celui de donner des indications beaucoup plus affirmatives. Ce procédé, nous l'avons mis en usage, nous l'avons répété plusieurs fois, les élèves de l'école vétérinaire le suivent depuis quelque temps et toujours il donne les preuves qu'on en attend; outre ce grand avantage, il a celui d'être simple et d'une exécution très-facile.

La manière d'opérer consiste à choisir dans la masse de l'aloès les parties suspectes; on en concasse une certaine quantité, on le chauffe avec environ dix fois son poids d'eau à laquelle on a ajouté 2 à 3 centièmes de carbonate de soude et en ayant soin de ne pas laisser adhérer l'aloès au fond du vase; la solution s'opère facilement et, par le refroidissement et le repos, elle ne laisse déposer aucun corps étranger, si l'aloès est pur; lorsqu'il est impur il laisse déposer, au contraire, non-seulement les résines mais encore la plupart des impuretés qui sont quelquefois ajoutées par fraude et même celles que les aloès peuvent contenir sans avoir été falsifiés à dessein. L'odeur qui s'exhale pendant l'opération permet souvent de reconnaître la présence de la colophane et celle des autres résines fournies par les arbres de la famille des abiétinées, mais lorsque après le refroidissement, on décante le liquide et qu'on retrouve au fond ces corps étrangers avec leur odeur caractéristique il ne peut plus rester le moindre doute sur leur présence; on peut même alors faire avec ce résidu préalablement débarrassé de l'alcali, les réactions produites par l'action de l'acide pinique (résine alpha de Berzélius) sur l'acétate de cuivre, et celle que la colophane donne avec l'acide chrysammique.

Les ocres, les os calcinés, et beaucoup d'autres corps, qui sont ou qui pourraient être ajoutés aux aloès sont séparés facilement en traitant celui-ci par l'eau alcaline précitée.

Le carbonate de soude n'est pas le seul corps qui favorise la dissolution de la partie de l'aloès qui ne se dissout pas dans l'eau pure, les solutions alcalines en général possèdent cette propriété; aussi le carbonate de potasse, l'ammoniaque, la potasse et la soude caustiques sont autant d'intermèdes qui peuvent le remplacer pour l'expérience qui vient d'être indiquée.

Différentes qualités d'aloès ont été soumises à l'épreuve du moyen que nous recommandons, mais c'est surtout sur les qualités les plus usitées, sur les différentes variétés d'aloès du Cap, improprement désigné sous le nom d'aloès succotrin que l'expérience a été le plus souvent répétée. L'aloès des Barbades et l'aloès Caballin ont été employés pour quelques expériences, les résultats obtenus ont toujours été aussi concluants qu'avec les autres qualités.

Quant à la gomme arabique et l'extrait de réglisse, le prix auquel on les débite doit exclure leur présence dans les aloès du Cap, qui sont les plus employés en Belgique; ce n'est qu'en ajoutant ces corps à des aloès de prix plus élevés que les falsificateurs pourraient trouver quelque bénéfice. Quoi qu'il en soit, le moyen qui consiste à dissoudre l'aloès dans l'alcool permettra de séparer ces corps et les autres qui n'ont pas la propriété de se dissoudre dans ce véhicule.

Pharmacie.

Sur les variétés de chlorure mercureux employées en médecine, moyen de les distinguer et de reconnaître les falsifications du calomel à la vapeur; par J. B. DEPAIRE, pharmacien, à Bruxelles.

Les praticiens ont reconnu que le degré d'action du chlorure mercureux sur l'économie animale varie avec le mode de préparation de ce sel : de là la distinction établie entre le mercure doux, le calomel à la vapeur et le précipité blanc.

Les pharmacologistes, en général, admettent que cette différence d'action dépend de l'état moléculaire du composé mercuriel; aucun d'eux, cependant, n'a fait connaître les caractères distinctifs qui existent entre le chlorure mercureux préparé par l'une ou l'autre méthode en usage. J'ai tenté de combler cette lacune en soumettant à l'inspection microscopique les trois variétés de chlorure mercureux employées en médecine; je soumets à l'appréciation du corps médical le résultat de mes recherches en le faisant suivre d'un procédé qui permet de distinguer le précipité blanc, le mercure doux et le calomel, et de reconnaître la pureté de ce dernier médicament.

Le *mercure doux lavé* s'obtient en sublimant un mélange en proportions définies, soit de chlorure mercurique et de mercure, soit de sulfate mercureux et de chlorure sodique. On obtient ainsi une masse blanche, lourde, brillante et cristalline qu'on lave à l'eau après l'avoir pulvérisée. La poudre d'un blanc légèrement jaunâtre résultant de cette manipulation, vue au microscope par réfraction à l'aide de grossissements de cinquante à cent diamètres paraît formée de débris de cristaux translucides, de forme et de dimension variables. L'emploi de grossissements supérieurs à ceux indiqués, n'y fait reconnaître qu'un mélange de gros et de petits fragments ne présentant rien de régulier.

La préparation du *calomel à la vapeur* diffère essentiellement de celle du mercure doux par le mode de pulvérisation employé pour le diviser. Tandis que l'on emploie, pour le mercure doux, la pulvérisation par contusion et trituration, on a recours, dans la préparation du calomel à la vapeur, à la pulvérisation dite par intermède. Le corps qui sert d'intermède dans ce cas est quelquefois la vapeur d'eau, mais plus souvent l'air atmosphérique. Le calomel à la vapeur est une poudre blanche, ténue, cristalline. Un grossissement de 50 à 100 diamètres le montre, vu par réfraction, composé de particules presque opaques, anguleuses, régulières; ces particules n'ont pas le même volume, mais on remarque qu'il existe entre elles une certaine uniformité qui manque complétement dans le mercure doux. En examinant le calomel à la vapeur à l'aide d'un grossissement de 250 à 300 diamètres, j'ai reconnu qu'il existe dans le commerce deux variétés de ce produit, sans que toutefois je puisse préciser leur origine. Dans l'une de ces variétés on ne remarque que les particules dont je viens de parler, dans l'autre on constate la présence d'aiguilles transparentes, prismatiques, terminées en pointe, peu nombreuses, dont les dimensions varient trop pour qu'il soit utile de les préciser. La présence de ces aiguilles ne peut être attribuée à l'existence d'une matière étrangère dans le calomel examiné, car l'analyse de ce produit m'a convaincu de sa pureté absolue. J'ai cherché à reproduire ces cristaux transparents en condensant la vapeur chloro-mercurielle tantôt dans l'air froid, tantôt dans l'eau gazéifiée; je n'ai pas réussi à le faire. A la vérité je n'opérais que sur 500 grammes de matière dans chaque expérience. Il est probable que les cristaux aiguillés dont j'ai parlé se produisent lorsque, par suite de la durée de l'opération ou de l'exiguïté du réfrigérant, celui-ci s'échauffe assez aux points de contact de l'appareil producteur pour laisser aux particules de calomel, avant de se condenser, le temps de prendre une forme géométrique régulière. Le passage suivant extrait du *Traité de chimie* de M. Regnauld semble confirmer cette opinion : « Lorsqu'on soumet de grandes masses de calomel à la sublimation, on obtient souvent de beaux cristaux transparents qui sont des prismes à base carrée terminés par un pantement octaédrique. Ces cristaux qui sont remarquables par leurs grands pouvoirs réfringent et dispersif appartiennent au deuxième système cristallin. »

En versant dans une solution de nitrate mercureux du chloride hydrique ou du chlorure sodique, on obtient un chlorure mercureux employé en médecine sous le nom de *précipité blanc*. C'est une poudre blanche, très-ténue, ne présentant point l'aspect cristallin du calomel à la vapeur. Lorsqu'on la soumet à l'inspection microscopique à l'aide de grossissements de cinquante à cent diamètres, par réfraction, on remarque qu'elle est formée de particules sphéroïdales, infiniment plus ténues que celles du calomel à la vapeur, sans apparence cristalline. Un grossissement de 500 diamètres n'y fait découvrir aucune

trace de cristallisation, mais les particules sphéroïdales paraissent translucides et aplaties. Le précipité blanc présente la même structure microscopique soit qu'on l'ait obtenu par le chloride hydrique, soit qu'il ait été formé par le chlorure sodique. Ce composé mercuriel desséché se délaie incomplétement dans l'eau; il convient, lorsqu'on veut le soumettre au microscope, de le mêler à un peu d'alcool.

L'activité médicamenteuse du chlorure mercureux variant avec le procédé suivi dans sa préparation, il peut être très-important, dans certains cas, de pouvoir déterminer rigoureusement quelle a été la marche suivie pour obtenir un chlorure mercureux donné. On y parviendra en délayant une petite quantité du composé à examiner dans une goutte d'alcool sur une lame de verre. L'essai recouvert d'une autre lame très-mince sera immédiatement soumis à l'inspection microscopique par réfraction en faisant usage d'un grossissement de 80 à 100 diamètres. La masse est-elle formée de débris irréguliers translucides, cristallins, on peut être certain que l'on a sur le porte-objet le mercure doux ordinaire ou calomel obtenu par sublimation suivie de porphyrisation; est-elle formée de particules presque opaques anguleuses, cristallines, assez uniformes, mêlées ou non d'aiguilles transparentes, nul doute que l'on examine un échantillon de calomel à la vapeur; enfin l'on pourra conclure à la préparation par précipitation dans l'eau, si l'essai est composé de sphéroïdes très-ténus sans apparence de cristallisation.

Quelques pharmacologistes, en petit nombre, il est vrai, pensent que le précipité blanc doit l'énergie d'action qui le distingue du calomel à la vapeur, à ce qu'il retient soit du chloride hydrique, soit du chlorure sodique employé à sa préparation, qui le rend quelque peu soluble. L'examen microscopique, en démontrant l'extrême division du précipité blanc comparée même à celle du calomel à la vapeur, tend à éloigner cette opinion et à faire admettre que la grande ténuité des particules du précipité blanc est la seule cause de ce surcroît d'activité médicamenteuse; car il ne faut pas perdre de vue, dans ce cas, la part bien reconnue de la division des corps insolubles sur la rapidité des réactions qu'exercent sur eux les matières propres à les influencer. Sans doute les traces de chloride hydrique ou de chlorure sodique qu'un opérateur peu soucieux laisse dans le précipité blanc doivent augmenter sa solubilité; mais cette circonstance ne peut se rencontrer que très-rarement, les auteurs prescrivant de laver avec le plus grand soin le produit mercuriel précipité, soit par le chloride hydrique, soit par le chlorure sodique.

Les substances que l'on a mélangées au calomel à la vapeur pour le falsifier, sont: le carbonate de plomb, le carbonate, le sulfate et le phosphate de chaux, les os calcinés, le sulfate de baryte, l'amidon et la gomme.

On peut reconnaître, à l'aide du microscope, la présence de ces corps dans le calomel à la vapeur, même lorsqu'ils n'y entrent que pour un centième, sans que l'on puisse déterminer, dans tous les cas, la nature de la matière mélangée, ce qui du reste est d'une importance secondaire. A cet effet on place sur une lame de verre noircie à la surface inférieure une petite quantité du produit suspect, on y ajoute une ou deux gouttes d'ammoniaque liquide, on délaie la masse uniformément et on recouvre le tout d'une lame mince de verre. En examinant par réflexion, on voit les agglomérations de céruse, de craie, de plâtre, de phosphate de chaux; les fragments d'os calcinés, de sulfate de baryte, de gomme, les globules d'amidon, se détacher vigoureusement sur le fond brun-noir du mélange ainsi traité. Ce moyen, qui m'a toujours donné des résultats concluants, est basé sur l'action de l'ammoniaque sur le calomel; on sait en effet que ce dernier composé se convertit, sous l'influence de l'ammoniaque, en chlorure mercureux à base d'amide d'un brun noir, tandis que les matières citées plus haut, employées pour falsifier le calomel, ne changent pas de couleur par l'action de l'alcali volatil.

(*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*)

Note sur la préparation des pilules d'iodure de fer; par B. J. De Smet, pharmacien à Bruxelles. — L'iodure de fer étant une combinaison très-altérable, il est difficile d'avoir constamment des médicaments contenant l'iodure à l'état de protosel.

Cet iodure se prescrivant souvent en pilules, on a cherché à faire entrer dans leur composition des auxiliaires pour prévenir leur altération.

MM. Mayet et Blancard, entre autres, ont écrit à ce sujet sans discuter le mérite de leurs différentes formules; qu'il me soit permis d'en présenter à la Société une qui m'a toujours bien réussi tant sous le rapport de l'exécution, qui est immédiate, que sous celui de leur conservation.

Prenez : Iode	gr. xx	=	gram.	1,25
Fer	gr. VIII	=	—	40
Eau	gttes XV	=	gttes no	15
Miel blanc	gr. VI	=	gram.	30
Poudre de guimauve.	3S	=	—	1,88

Mettez l'eau et la limaille de fer bien porphyrisée dans un mortier de fer, ajoutez l'iode, triturez vivement le mélange pendant quelques minutes, ajoutez le miel et la poudre de guimauve ; faites vingt-quatre pilules ; humectez celles-ci avec un peu de sirop de gomme pour les enrober de parties égales de gomme et de sucre de lait.

Chaque pilule est composée de 1 grain d'iodure ferreux et de 1/6 de fer en excès.

Ces pilules peuvent se conserver très-longtemps sans altération ; de plus on a l'avantage de pouvoir y incorporer tous les médicaments que le médecin juge à propos d'y ajouter et de pouvoir augmenter ou diminuer la dose de l'iodure ferreux.

Pâte de douce-amère contre les affections de la gorge ; par M. PICHON, pharmacien à Aix-les-Bains. — Sur la demande de M. le docteur Duval, j'ai préparé en 1849 une pâte pectorale à base de douce-amère. L'accueil encourageant que cette nouvelle préparation a reçu de plusieurs médecins distingués, qui l'ont essayée dans leur pratique, m'engage à faire connaître la formule que j'ai suivie et qui m'a parfaitement réussi :

Douce-amère (tiges récentes fendues et coupées) . . .	250 gram.
Eau	2,000 —
Gomme arabique	1,500 —
Sirop de douce-amère (Codex)	2,000 —

Versez sur la douce-amère, eau bouillante, environ 400 grammes. Après douze heures d'infusion, passez, laissez déposer, décantez la liqueur et conservez-la à part. Faites infuser de nouveau le résidu dans 1,600 grammes d'eau.

Concassez la gomme arabique, faites-la dissoudre au bain-marie dans la liqueur provenant de cette deuxième infusion ; passez. Remettez la solution gommeuse sur le feu avec le sirop de douce-amère.

Faites évaporer en consistance de sirop très-épais, en ajoutant vers la fin le premier infusé qui a été mis à part.

Laissez refroidir ; enlevez la croûte formée à la surface, et coulez dans des moules en fer-blanc passés au mercure que vous porterez à l'étuve pour achever la concentration de la pâte.

Une expérience de quatre années, notamment celle de la pratique de M. le docteur Davat, m'a démontré l'efficacité de cette forme nouvelle d'administrer la douce-amère dans plusieurs cas de maladies de la gorge et de ses annexes, aiguës ou chroniques : ainsi l'angine tonsillaire, la pharyngite, la stomatite, les ulcérations syphilitiques de la gorge et du palais, l'aphonie, etc.

(*Répertoire de pharmacie.*)

Éther sulfuré et phosphoré ; combinaison nouvelle ; par Stanislas MARTIN. — L'éther sulfuré et phosphoré est blanc, translucide, volatil, acide, décomposable, par l'eau, en soufre et phosphore, d'une saveur détestable, d'une odeur forte et si pénétrante que, lorsqu'il est en contact avec notre odorat, tout le système nerveux en est affecté. Cette odeur a un peu d'analogie avec celle du gaz acide hydrosulfurique, qui se dégage pendant la combinaison ignée du soufre et du phosphore pour faire le phosphore de soufre de Faraday.

Quelle est l'action médicale de l'éther sulfuré et phosphoré? Sa composition chimique l'indique assez, pour que le thérapeutiste en essaye l'emploi.

On prépare cet éther de la manière suivante :

Éther sulfur. rectifié et lavé.	100 gram.
Phosphore concassé. . . .	40 —

Faites macérer huit jours dans un flacon en verre noir, bouché à l'émeri. Filtrez au moyen d'un entonnoir à la Boullay, ajoutez à la colature :

Soufre sublimé et lavé à l'eau distillée	40 gram.

Laissez macérer un mois, en ayant soin d'agiter le mélange plusieurs fois par jour ; filtrez de nouveau ; conservez ce liquide à l'abri de la lumière.

Le résidu du soufre et du phosphore peut servir indéfiniment à de nouvelles macérations. On peut déterminer la quantité des substances employées, soit par l'analyse du liquide, ou bien encore en pesant séparément le soufre et le phosphore. (*Bulletin gén. de thérapeutique.*)

Solubilité du deuto-iodure de mercure dans l'huile de foie de morue ; par M. BARNES. — L'auteur a reconnu que le deuto-iodure de mercure était soluble dans l'huile de foie de morue.

Ces deux médicaments étant souvent ordonnés en même temps, MM. les méde-

ciens pourront facilement les faire administrer ensemble lorsqu'ils le jugeront convenable.

La solution se fait rapidement à la température ordinaire, à la proportion de 0gr,025 par 30 grammes, en broyant le deuto-iodure dans un mortier, avec une petite portion d'huile ; on ajoute le reste et on agite dans une bouteille pendant quelques instants.

A 30 degrés 30 grammes d'huile peuvent dissoudre 0gr,10 de deuto-iodure.

L'huile d'amandes douces, l'huile de ricin, le chloroforme, l'esprit de bois et l'axonge fondue dissolvent, suivant l'auteur, le deuto-iodure avec la même facilité.

Toxicologie.

EMPOISONNEMENT PAR INGESTION DES RACINES DE JUSQUIAME NOIRE, APPRÊTÉES EN RAGOUT ; par M. SCHILIZZI, D. M. à Aigues-Mortes.

A 1 kilomètre d'Aigues-Mortes, vers l'ouest, se trouve situé un poste de douanes appelé la Marette, occupé par huit familles d'employés du service actif. Cette habitation, de récente construction, est située dans un marais et entourée de bas-fonds. Voulant utiliser ces surfaces nuisibles, en les remblayant, des terres ont été prises dans les cours du château de la ville, depuis fort longtemps inhabité, et où une foule de plantes de toutes espèces croissent en toute liberté.

Les préposés de la Marette, en nivelant ces terres de transport pour former des jardins, trouvaient beaucoup de racines blanches ressemblant au navet, qu'ils jetèrent d'abord sans y faire attention. Quelques jours plus tard, un de leurs camarades leur faisant observer que ces racines de chardon étaient bonnes à manger, ils furent enchantés de la découverte, eu égard à la cherté de toutes les substances alimentaires, et les époux Maillard et Lacaussade s'empressèrent d'en apprêter un kilogramme environ, pour les manger en commun à leur repas du 5 au soir. En effet, vers cinq heures et demie, les deux ménages se mettent à table autour d'un vase de terre qui avait servi à l'apprêtage de leur ragoût. Les époux Lacaussade et la femme Maillard prennent seuls part au repas ; le mari de celle-ci s'en abstient, parce que l'odeur des navets qu'exhalait leur mets n'était pas de son goût.

Chacun des trois convives tire du plat commun une portion dans son assiette, et trouve en la mangeant que ces racines sont excellentes. Cependant la femme Maillard se borne à une première portion ; mais les époux Lacaussade y reviennent ; et comme, malgré cette récidive, il en reste encore dans le vase, le préposé Lacaussade s'en empare et achève jusqu'au dernier morceau. Mais au même instant (d'après ce que les malades m'ont appris le lendemain), et avant que la dernière bouchée fût avalée, les trois convives eurent simultanément la langue paralysée, en même temps que le gosier se trouva tellement contracté qu'ils ne purent remuer le bol alimentaire dans la bouche, encore moins l'avaler, et se trouvèrent dans la nécessité de le retirer avec leurs doigts pour s'en débarrasser.

A peine cet acte était-il accompli, que la femme Maillard se met à rire, à danser, à courir dans son logement, cherchant à saisir avec ses mains, dans l'espace ou vers la terre, des objets qu'elle ne touchait jamais. Elle regarde les assistants avec des yeux fixes ; elle n'entend pas et ne répond à aucune question. Si on veut la contraindre à boire ou à se coucher, elle se révolte, et la force de plusieurs hommes ne suffit pas pour dominer sa volonté. Elle a la figure pâle, le pouls accéléré, la respiration assez libre, les pupilles très-dilatées, mais sans injection des capillaires sanguins.

Quant aux époux Lacaussade, dès la terminaison du repas, la femme, qui avait mangé le double de la précédente, s'était assoupie sur sa chaise sans changer de place, immobile, dans un sommeil léthargique, la tête tombant sur la poitrine, la figure fortement colorée, la respiration profonde, la peau chaude, le pouls accéléré mais petit, les yeux fermés ; mais, en écartant les paupières, les pupilles avaient disparu sous la cornée, et la conjonctive était fortement injectée. Tous les membres avaient conservé leur souplesse et obéissaient aux mouvements qu'on leur imprimait.

L'état de son mari m'a offert tous les symptômes de l'intoxication poussée à ses dernières limites. Ce préposé, après avoir jeté le dernier morceau qui lui restait dans la bouche, se lève dans un commencement d'ivresse, et se dirige en chancelant vers son lit où il tombe machinalement tout habillé, et où il reste complétement immobile.

Lacaussade avait la figure très-pâle, les yeux fermés, les pupilles effacées et le globe de l'œil fortement injecté. Son corps était froid et raide comme un morceau de bois. Il avait le pouls petit, informe et très-précipité. La contraction té-

tanique des muscles cervicaux antérieurs était telle, qu'il m'a été impossible, même avec l'aide des assistants, de faire reposer la tête du malade sur son traversin.

La paralysie des plexus pulmonaires nerveux, ainsi que la contraction spasmodique des muscles pectoraux, rendaient la respiration de ce malade stertoreuse et très-pénible.

Tel était l'état des trois malades lorsque j'arrivai sur les lieux, une demi-heure après l'événement, muni de substances propres à combattre un empoisonnement que des renseignements déjà acquis à la hâte m'avaient fait supposer être le résultat de l'ingestion de quelque plante vénéneuse.

En effet, en examinant, après mon arrivée sur les lieux, quelques restes des racines dont les malades avaient pris leur repas, j'acquis la certitude que leur état pathologique n'avait pour cause que l'ingestion d'une énorme quantité de racines de jusquiame noire (*hyoscyamus niger*). Après cette constatation, l'émétique, administré tour à tour aux malades, provoqua des vomissements abondants et l'expulsion de tout ce que l'estomac pouvait contenir.

Après cette évacuation, je fis donner aux malades une forte décoction de café acidulé, et j'appliquai aux époux Lacaussade des sinapismes aux extrémités inférieures.

La femme Maillard, malgré la vacuité de son estomac, continua à faire toujours les mêmes extravagances, et ce n'est qu'à 9 heures du soir qu'on est parvenu à la mettre au lit, de force, où elle fut maintenue jusqu'au lendemain matin, sans avoir eu un moment de calme ni de sommeil.

La femme Lacaussade, sortie vers 10 heures du soir de son sommeil léthargique, se livra à son tour, maintenue dans son lit jusqu'au lendemain, aux mêmes folies et aux mêmes divagations que la femme Maillard.

Quant à son mari, réveillé aussi vers minuit, il a répété, jusqu'au lendemain à midi, les mêmes actes de démence que sa femme et celle de Maillard.

Le jour suivant, à ma visite, les malades étaient assez calmes; ils avaient les pupilles moins dilatées, le pouls moins accéléré; mais ils éprouvaient encore des tournoiements de tête, de l'incohérence dans les idées, des éblouissements, et la femme Maillard ressentait de temps en temps des crises nerveuses qui se terminaient par des pleurs.

Je prescrivis l'usage de quelques bouillons maigres, et, pour boisson, de légères infusions aromatiques, plus un lavement purgatif.

Sous cette médication, la nuit suivante fut calme, et les malades dormirent paisiblement. Le matin du troisième jour, ils étaient presque revenus à leur état normal, à l'exception de la femme Lacaussade, enceinte déjà de cinq mois, qui, quoique tout à fait délivrée des accidents toxiques, souffrait de quelques coliques, de maux de reins et des envies de vomir; ce qui m'avait fait craindre une délivrance prématurée. Quelques prescriptions conformes à la circonstance ont fait cesser tous ces accidents, et, le quatrième jour, l'état des trois malades ne laissait plus rien à désirer.

Il résulte des faits, des symptômes et des phénomènes qui caractérisent cet empoisonnement :

1° Que l'intoxication par l'ingestion de la racine de jusquiame, prise à dose moyenne, agit seulement sur le système nerveux, et produit tous les symptômes qui caractérisent la folie;

2° Qu'ingérée à une plus forte dose, elle donne lieu à des mouvements apoplectiques par l'accélération qu'elle imprime au système circulatoire, à la cessation desquels succèdent toujours les symptômes nerveux;

3° Enfin, que cette substance, prise à dose illimitée, agit non-seulement sur les systèmes nerveux et circulatoire, mais encore sur le système musculaire, et simule l'action des préparations de la noix vomique, par les accidents tétaniques qu'elle provoque.

(*Gazette médicale de Montpellier.*)

Médecine légale.

Considérations médico-légales sur deux cas assez rares d'aberration mentale; par **M. A. TOULMOUCHE**, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine de Rennes, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. (*Suite et fin. — Voir notre cahier de janvier,* p. 66.)

L'observation qui va suivre est un exemple curieux et rare d'une monomanie ayant poussé un homme doué d'une certaine instruction à infliger à une petite fille âgée de quatre ans et demi, et d'une faible constitution, la flagellation, d'une manière assez récidivée et assez prolongée, pour qu'elle ait fini par déterminer chez elle la mort.

Ce fait me semble donc, sous ce dernier rapport, d'un puissant intérêt pour la médecine légale. En effet, les ouvrages anciens, comme les plus modernes, des médecins légistes, laissent à désirer sous ce point de vue, puisqu'il n'y est fait mention que des contusions en général, des plaies par instruments tranchants et déchirants, et nullement de la flagellation, de son mode d'action sur l'organisme, lorsqu'elle est assez intense, et assez fréquemment renouvelée, pour occasionner la mort, et enfin des lésions qu'elle laisse après cette dernière.

C'est parce que j'avais reconnu qu'il y avait lacune à cet égard dans les livres, que j'ai eu l'idée de recueillir avec détail l'observation dont il va être question. J'exposerai d'abord les faits tels qu'ils se sont passés; ensuite je chercherai à expliquer comment la flagellation prolongée finit par faire succomber les sujets qui y sont soumis, pour peu qu'ils soient faibles; enfin, je ferai connaître combien les archives de la science manquent de documents satisfaisants à cet égard.

OBSERVATION IIe. — *Monomanie singulière ayant porté un homme d'une certaine instruction à exercer la flagellation sur une petite fille âgée de quatre ans, d'une manière assez continue et assez intense pour qu'elle ait fini par occasionner la mort de cette enfant.*

Jeanne L..., d'une constitution faible, âgée de quatre ans et demi, orpheline, demeurait chez le sieur M..., homme riche et sans enfants, qui, avec l'agrément du tuteur et des parents de cette fille, s'était chargé de l'élever. Il lui apprenait à lire et à compter, mais il la frappait sans cesse, soit avec la main, soit avec une discipline formée de dix-huit cordelettes armées de plusieurs nœuds, soit enfin avec deux cordes plus grosses, dont la largeur permettait de multiplier les bouts, et cela lorsque l'intelligence de cette enfant lui refusait de comprendre ou de retenir ce qu'il voulait lui enseigner.

Parfois c'était avec des orties qu'il la fustigeait. Le 23 novembre 1839, il la battit de la sorte, depuis deux heures de l'après-midi jusqu'à la nuit; ensuite, avec une discipline, pendant les trois jours qui suivirent.

Jeanne L... ne pouvait presque plus plier les jarrets, ni se tenir assise, tant ses fesses et ses jambes étaient meurtries et déchirées.

Le 27, voulant la forcer encore à compter, il la frappa de nouveau après avoir relevé sa chemise, et il répétait à chaque coup : *un, deux, trois, quatre, cinq*. Bientôt les draps furent tachés de sang. La pauvre victime poussa longtemps des cris aigus qui s'affaiblirent ensuite, et alors les forces lui manquant, elle demeura sans mouvement et ne tarda pas à expirer.

L'autorité, avertie par la rumeur publique, fit exhumer le lendemain le cadavre et procéder à son examen et à son autopsie.

Le médecin requis constata sur la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine des ecchymoses légères de 6 à 10 millimètres de diamètre, irrégulièrement arrondies, et six plus profondes et plus étendues, dont une située vis-à-vis la septième côte; les autres le long du bord des fausses côtes, et sur la partie antérieure et latérale droite une foule d'ecchymoses, dont cinq allongées en travers et d'environ 5 centimètres de longueur sur 5 millimètres de largeur. Les dernières présentaient l'empreinte d'un corps inégal, tel qu'une corde composée de plusieurs cordons avec nœuds; plus, trois autres meurtrissures plus profondes.

Sur le côté gauche de l'abdomen, entre l'ombilic et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on découvrait sept à huit stries ecchymotiques légères, indubitablement produites par la percussion d'une corde qui aurait porté dans une longueur de 6 à 7 centimètres. Le reste de la paroi antérieure du ventre offrait encore plusieurs petites ecchymoses irrégulièrement disséminées.

Sur le dos, au milieu des sigillations cadavériques, on distinguait de quarante à cinquante ecchymoses allongées, offrant les impressions de l'inégalité d'une corde dirigées obliquement de haut en bas, les unes de droite à gauche, les autres de gauche à droite.

Sur le bras gauche, particulièrement à sa partie antérieure et externe, existait une large ecchymose en nappe et une vingtaine d'autres plus profondes, ainsi que sur l'avant-bras; sur le bras droit, on en voyait un aussi grand nombre d'autres isolées.

Sur la face antérieure de la cuisse gauche, on comptait sept meurtrissures verticales, d'environ 10 centimètres de longueur, et sur la droite une vingtaine d'autres, dont quatre transversales, plus profondes; enfin, autour des parties génitales, six autres peu étendues, provenant probablement de coups portés sur les cuisses et l'abdomen. En outre, on notait sur chacune des jambes une dizaine d'ecchymoses situées particulièrement en dedans et en dehors.

Toutes ces meurtrissures, de formes irrégulières, avaient une profondeur variable; ainsi, les unes ne s'étendaient qu'aux lames superficielles du derme, tandis que les autres avaient envahi le tissu cellulaire sous-cutané; les profondes avaient laissé couler un peu de sang, et paraissaient dues à l'action d'un corps dur, tel qu'une baguette de bois ou les nœuds d'une corde.

Procédant à l'autopsie du cadavre, le même homme de l'art constata : 1° Que le cerveau, examiné avec soin, présentait une forte injection sanguine de ses vaisseaux, une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde de 4 à 5 millimètres d'étendue à la partie supérieure de l'hémisphère droit, et dans les ventricules latéraux une quantité de sérosité qu'on pouvait évaluer à 30 grammes ; 2° que les organes de la poitrine étaient sains ; 3° qu'enfin ceux de l'abdomen étaient dans le même cas, puisqu'il ne fut rencontré que quelques vers lombrics dans les intestins, sans qu'il fût résulté de leur présence la moindre inflammation.

De tous ces faits, il conclut : Que les ecchymoses nombreuses, mais n'attaquant aucun organe essentiel à la vie, observées sur le corps, n'avaient pu produire la mort que par la violence et la continuité des douleurs qu'elles avaient occasionnées, et il crut plus rationnel de l'attribuer à la congestion cérébrale et à l'épanchement de sérosité dans les ventricules, que les cris et les efforts de l'enfant avaient dû déterminer d'autant plus facilement, qu'il y avait déjà eu antérieurement une inflammation des méninges, et que les coups avaient dû, en outre, faciliter l'une et l'autre.

Je pensai que plusieurs omissions avaient eu lieu dans le procès-verbal, et qu'il était à regretter : 1° Que le médecin expert n'eût pas décrit l'aspect de l'adhérence de l'arachnoïde, afin de pouvoir déterminer si elle était le résultat d'une phlegmasie ancienne ou récente : plus tard, dans sa déposition orale, il déclara affirmativement qu'elle devait remonter à une époque antérieure à celle actuelle ; 2° qu'il n'eût pas noté avec précision l'état des organes de la respiration et celui du cœur, par rapport à la quantité de sang qu'ils pouvaient contenir ; 3° qu'il n'eût point examiné les parties génitales.

Quant à ses conclusions, elles me semblèrent peu logiquement déduites, et les causes réelles de la mort autres que celles assignées par lui. En effet, elles lui avaient paru avoir été une congestion cérébrale et un épanchement dans les ventricules déterminés par les cris, les efforts de l'enfant, et par des coups, tandis que ces derniers n'auraient pu les produire que dans les cas où ils auraient été portés sur la tête : or, cela n'avait pas eu lieu ici. Quant aux cris et aux efforts comme causes productrices de la congestion, on peut affirmer, d'après l'expérience, que tant fréquents qu'ils soient chez les enfants, ils n'occasionnent que bien rarement cet effet. Restait donc l'adhérence de l'arachnoïde; mais résultant d'un état morbide de cette membrane très-limité, déjà ancien et guéri, elle ne pouvait avoir été cause prédisposante. Je fus porté à croire : 1° Que l'exhalation séreuse dans les ventricules avait été occasionnée par la stase du sang dans tout le système veineux, par suite du ralentissement qui devait être survenu le jour de la mort ou même avant dans la circulation, à cause de l'affaiblissement de l'innervation chez cette enfant, sous l'influence d'émotions terribles, de la douleur et de la frayeur continuelles ; 2° que les coups multipliés sur une surface aussi étendue que celle de la peau de presque tout le corps, surface si sensible dans le jeune âge, avaient dû, en outre, entretenir dans le cerveau une excitation morbide continue, et la peur qui succédait aux corrections, une dépression profonde de la sensibilité. Alors rien d'étonnant qu'un état congestionnaire du cerveau et une exhalation consécutive de sérosité dans les ventricules en eussent été les conséquences.

Mais encore, dans ce cas, la mort dut survenir par syncope, ou sous l'influence de coups achevant d'épuiser le principe animateur de la vie ; c'est-à-dire la sensibilité ou l'excitabilité qu'il est destiné à répartir aux divers organes, et surtout au cœur et aux poumons, de même que dans les brûlures étendues en surface intéressant la peau, quelque peu profondes qu'elles soient, ce n'est pas tant aux lésions qu'elles occasionnent qu'à la continuité des douleurs et à leur énergique réaction sur l'encéphale, principal dispensateur de la sensibilité, qu'elles doivent de déterminer la mort.

Enfin, j'ajouterai que dans l'ancien supplice de passer sous les verges, encore usité au VIIIe siècle, tout porte à croire, malgré le peu de documents médicaux qui nous soient parvenus sur le mode d'action de cette cause de mort, que c'était par suite de l'étendue des surfaces lésées, de l'intensité et de la continuité des douleurs capables de provoquer des syncopes mortelles, que la vie s'éteignait, ou que si elle se prolongeait au delà, elle cessait,

un peu plus tard, sous l'influence des lésions cérébrales consécutives, qui survenaient. Cependant ce ne sont que des présomptions, puisqu'à cet égard il y a lacune dans la science.

Quant aux sévices si multipliés rencontrés sur le corps de la victime, les fastes judiciaires et ceux de la médecine légale n'en offrent aucun exemple dans lequel ils aient été identiques, sous le rapport de l'étendue et comme cause de mort ; le plus souvent, lorsqu'ils ont été signalés par les médecins légistes, ils l'ont été comme résultat de simples moyens de punition, et n'ayant entraîné que des condamnations à des peines correctionnelles.

Feu Bertin, médecin appelé par la défense, décrivit les caractères anatomiques de la congestion cérébrale, et ne les retrouva point dans l'état du cerveau de la petite Jeanne L..., tels qu'ils avaient été notés dans le procès-verbal d'autopsie cadavérique. Il contesta au rédacteur de ce dernier que les cris de l'enfant, même aidés des douleurs, eussent été la cause occasionnelle de celle-ci, se fondant sur ce que la congestion sanguine est très-rare chez les jeunes sujets, tandis qu'elle devrait être très-commune si les cris prolongés la produisaient, et sur ce que l'observation pratique indique, au contraire, la rareté de cet état morbide par une semblable cause. Il établit également que l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau, que le même officier de santé attribuait encore à cette cause, avait pu se former tout au plus dans les derniers instants de la vie, et l'exhalation se continuer après la mort, et qu'il n'y avait pas de raisons suffisantes pour l'envisager comme le résultat des coups; qu'enfin, relativement aux douleurs comme cause de mort, il était permis de la mettre en doute, puisque rarement on avait vu, à l'époque où les tortures les plus atroces étaient employées par le despotisme et l'ignorance, les malheureux qu'on y soumettait succomber pendant leur durée, quelque prolongées qu'elles fussent ; mais que cependant il n'était pas impossible qu'elles eussent pu chez la petite Jeanne L..., déjà débilitée, concourir à hâter sa mort.

Pendant les débats, le sieur M..., dont la physionomie exprimait l'impassibilité la plus complète, et était en même temps très-commune, le front étant assez déprimé et fuyant, s'occupait à couper de temps en temps du suc de réglisse avec un couteau qu'il tirait de sa poche. Néanmoins il paraissait suivre les divers incidents de son affaire avec attention, car il consultait des notes, s'étendait longuement et minutieusement sur les mensonges de l'enfant, demandait fréquemment la parole pour interpeller les témoins sur ses bons procédés envers elle. Il s'exprimait sans aucune vivacité ; il ne manifesta de l'émotion, qui se décela par des larmes, que lorsque l'avocat parla de la vive affection de son client pour la petite Jeanne L... ; de la boucle de ses cheveux que ce dernier portait toujours dans un portefeuille sur son cœur ; et encore cet attendrissement fut-il de courte durée, car immédiatement après, le prévenu reprit son air d'indifférence : il semblait qu'il ne fût pas en cause. Il en fut de même lors du prononcé de sa condamnation. Son défenseur, après avoir cherché à établir, par les dépositions d'un certain nombre de témoins appelés à décharge, l'infériorité intellectuelle du sieur M..., traita la question de monomanie, envisageant les actes barbares commis par lui comme en ayant été le résultat. Le ministère public, au contraire, après avoir apprécié les faits de la cause, indiqué les caractères de cette variété d'aliénation mentale, fit ressortir leur absence dans l'espèce, les ruses multipliées du coupable pour donner le change sur les causes de la mort de l'enfant, n'admit que l'hypochondrie chez l'accusé, maladie dont on ne put nier la réalité, et conclut à la culpabilité. En conséquence, le sieur M... fut condamné à huit années de reclusion.

Dans les sciences qui, semblables à la médecine légale, ne peuvent se former qu'en s'appuyant sur des faits, on ne saurait trop attacher d'importance à ceux-ci, surtout lorsqu'ils manquent dans les ouvrages ou qu'ils ne s'y rencontrent que dépourvus de détails. C'est ce motif qui m'a engagé à faire connaître les deux précédents, dont le second est un exemple bien remarquable d'une flagellation ayant été assez forte et assez prolongée pour entraîner la mort.

Les divers *Traités de médecine légale* n'en offrent aucun analogue ; du moins je n'ai pas pu en découvrir dans tous ceux que ma position de médecin dans une ville de province m'a permis de me procurer. En effet, parmi les anciens je n'ai rencontré que le seul livre de *Zacchias* dans lequel il soit question de l'action des coups de cordes ou de fouet, ce qui constituait le supplice des verges ; et encore n'ai-je rien trouvé qui m'ait satisfait sous le rapport de la description des effets ou des lésions rencontrées à l'ouverture des cadavres de ceux qui y avaient succombé.

Voici les passages (livre IV, titre II, question 10, *Zacchias*) qui y ont rapport,

et que j'ai été obligé de traduire pour rendre l'interprétation plus facile : « La flagellation, dit cet auteur, si elle est » multipliée et énergique, exécutée avec » des verges fortes, ou que les coups » soient donnés avec des baguettes par » une main robuste, peut occasionner la » mort; et quoique ni la flagellation ni » les coups avec des baguettes ou des bâ» tons ne semblent avoir été appliqués » avec la volonté de tuer, les jurisconsul» tes n'en décident pas moins, que dans » ces cas l'événement doit être attribué au » délinquant.

» Mais, au contraire, les sugillations » rencontrées après qu'un homme a suc» combé, et par suite de la mort devenues » non manifestes, ne laissent pas dans les » parties externes de vestiges de ce genre » de sugillations, parce qu'elles meurtris» sent également tous les muscles exté» rieurs, les imprègnent d'une seule cou» leur qui ne diffère pas beaucoup de » celle naturelle, ne laissent point de ta» ches, mais déchirent et ulcèrent les vei» nes internes et les artères, d'où arrive » que les sugillés meurent facilement. La » difficulté est de reconnaître si ceux qui » ont été frappés par le fouet, les bâtons » ou les petits sacs remplis de sable, ont » toujours péri; car quelquefois cela est » douteux, et il est d'un grand intérêt. En » effet, deux signes trompeurs et incer» tains sont le rejet du sang par la bouche » ou quelque autre partie, non-seulement » pendant que le flagellé vit, mais aussi » après la mort, et les vibices, les sugilla» tions, les ecchymoses, les stigmates, les » taches sur le corps et surtout sur les » parties musculeuses; car le rejet du » sang, qui, dans ces cas, a coutume de se » faire par la bouche ou les narines, ou » les oreilles, ou l'anus, ou enfin par la » voie des urines, n'arrive pas toujours et » ne succède pas constamment.

» Il advient que dans la partie du corps » qui aura souffert d'un coup ou d'une » percussion de cette sorte, qu'elle soit » remarquable par les grosses veines, ou » qu'au contraire il n'y ait existé aucun » de ces vaisseaux, on n'y remarque pas » toujours de signes ou effets de flagella» tion, parce qu'il est ordinaire d'en ren» contrer par suite d'autres causes, comme » on peut le voir chez ceux qui succom» bent à l'apoplexie, à l'épilepsie et à la » fièvre maligne. »

Le même auteur, dans un alinéa suivant, établit les différences remarquées à l'ouverture des cadavres entre les ecchymoses, les vibices produites par des coups de cordes, la flagellation, et celles nulles à l'extérieur, provenant de fièvres malignes, « tandis que par la dissection, dit-il, » on trouve, pour les premières, que si » les veines ont été rompues par une vio» lence externe, et qu'elles ont laissé » échapper du sang, on rencontre facile» ment sous la peau ce dernier épaissi et » concrété, par suite de la dilacération des » veines et des autres vaisseaux; si, au » contraire, elles dépendent d'une fièvre » maligne, cela n'aura pas lieu; seule» ment la couleur de la peau et de la chair » subjacente paraîtra changée en une » teinte livide. »

Zacchias explique ensuite comment il n'y aura alors que transsudation du sang, à cause de sa turgescence à travers les parois veineuses, mais sans dilacération de celles-ci : « Tandis que, dit-il, si les ecchy» moses et les vibices dépendent de cause » externe, la couleur du sang est presque » noire, et passe, à l'aide du temps, au » pâle; et au contraire, dans celles de » cause interne, la teinte noircit, ne » change pas par la succession du temps, » diminue, s'efface, par suite de la ténuité » plus grande du sang, qui rend plus facile » sa dissolution, sa résorption, et enfin sa » disparition, tandis que celui provenant » de blessures est plus épais, passe au » vert en se putréfiant, et ne peut se ré» soudre. » Enfin, il ajoute, d'après Félix Plater, « que les ecchymoses et vibices » par cause externe ne sont observées que » dans les endroits frappés, tandis que » lorsqu'elles dépendent d'une cause in» terne, on les rencontre partout, même » dans des parties qui n'ont été soumises » à aucune percussion. »

On voit d'abord, par le troisième alinéa de la citation précédente, lequel indique indubitablement le supplice de la flagellation par les verges ou bâtons, infligé sur une surface étendue du corps, et à coups multipliés et énergiques, que l'auteur ignorait si ceux qui le subissaient périssaient toujours, et qu'il incline à croire que quelquefois cela n'avait pas lieu. Mais il n'est pas difficile de deviner qu'il n'en avait connaissance que par ouï-dire, et nullement par aucuns faits qui lui fussent connus personnellement, puisqu'il indique de quel intérêt il serait pour la science de pouvoir lever tout doute à cet égard, *aliquando hoc vertitur in dubium et magni interest scire.*

Ensuite on se convaincra combien les explications données par Zacchias se ressentent du temps dans lequel il écrivait et dénotent l'enfance de la science, et quelle insuffisance descriptive se fait remarquer dans les caractères anatomiques qu'il as-

signe aux lésions occasionnées par des instruments aussi différents que des verges, des cordes, des bâtons, des baguettes, des sacs allongés remplis de sable. En effet, il les a toutes englobées et confondues dans les désignations de sugillations, d'ecchymoses, de vibices : lésions dont il ne fait point ressortir les différences, quoiqu'elles soient si distinctes les unes des autres et qu'elles proviennent de causes tout à fait opposées. La description des blessures et ecchymoses si multipliées trouvées sur le corps de l'enfant Jeanne L..., résultant de l'action de coups de martinet et de cordes, comblera du moins cette lacune en partie, car l'absence de tout fait de ce genre existe bien réellement dans les ouvrages de médecine légale. Ainsi : 1° Postérieurement à Zacchias, je n'ai rencontré que dans le *Dictionnaire universel de médecine* de James (tome III, page 1527), quelque chose qui eût rapport à la flagellation, et encore non comme cause de mort, mais comme remède. Voici la traduction de ce singulier passage : « Quelques-uns étaient dans l'usage de battre avec de petites férules légères, médiocrement graissées, les parties amaigries, jusqu'à ce qu'elles s'élevassent tant soit peu. Ainsi, on fit grossir en peu de temps les fesses d'un enfant qui étaient entièrement desséchées, en les frappant tous les jours, ou de deux jours l'un, et en y ajoutant une légère onction de poix. »

2° Dans le *Traité de médecine légale*, de Fodéré, il n'y a rien qui soit relatif à la flagellation.

3° Dans celui de M. Orfila, même dans l'édition de 1848, il en est encore ainsi, puisqu'il se borne à décrire les contusions, les divers degrés des ecchymoses, la succession des couleurs par lesquelles elles passent, en quoi elles diffèrent des sugillations, celles superficielles des lividités cadavériques et des pétéchies, et qu'il ne décrit nullement celles produites par la flagellation, qu'il n'a peut-être pas eu occasion d'observer.

4° Enfin, dans l'ouvrage de médecine légale publié par M. Devergie en 1837, cet auteur a bien noté, à l'article Contusion, deux variétés d'ecchymoses, celles par infiltration et celles par épanchement, les caractères qui les différencient des vergetures, des sugillations et des lividités, les ecchymoses de la peau, celles du tissu cellulaire avec ou sans tumeur, les contusions avec ou sans ecchymoses, celles des muscles et des organes parenchymateux, leurs effets consécutifs; mais il ne traite nullement de celles occasionnées par la flagellation ou l'action des verges, et n'en cite aucun exemple.

Dans la deuxième édition (1840) du même *Traité de médecine légale*, en parlant des armes perforantes et tranchantes, il n'a pas produit davantage d'exemples des effets de l'action multipliée de pointes de ciseaux ou de tout autre instrument coupant sur la peau ; de même qu'en décrivant celle des agents contondants, il n'a pas plus fait connaître les résultats de la flagellation. Enfin, dans une dernière et toute récente édition de 1852, je n'y ai trouvé aucun fait qui eût de l'analogie avec ceux que je viens de relater.

J'ai eu, une autre fois, l'occasion d'étudier les effets d'une forte flagellation qui avait été exercée sur les fesses d'un enfant âgé de trois ans; c'était au mois de mars de l'année 1838. Voici ce que j'observai : 1° Une large contusion occupant toute la fesse gauche, présentant une teinte violacée, remontant jusqu'au niveau des dernières vertèbres lombaires, parsemée d'un grand nombre de petites écorchures ponctuées, dont quelques-unes seulement étaient linéaires, plus étendues, et telles qu'en pourrait faire un petit ballet de houx; 2° une seconde, beaucoup plus légère, sur la partie saillante de la fesse droite, avec une multitude de petites écorchures analogues aux précédentes; 3° une troisième vis-à-vis le grand trochanter de la cuisse droite, avec tuméfaction, mais sans traces d'éraillures ; 4° enfin, une dernière plus légère en dehors et en arrière de la crête de l'os des iles.

Mes conclusions furent : 1° Que les meurtrissures des fesses avaient été le résultat de la percussion assez forte d'un corps dur ; 2° que les stigmates ou écorchures, si multipliées, dénotaient que ce dernier avait dû être armé de petites pointes, telles qu'en présenteraient un ballet court de houx, ou des verges faites avec des tiges chargées d'épines ; 3° qu'enfin, elles ne pouvaient avoir été faites par les ongles, leur forme ronde, excessivement petite, comme ponctuée, et leur multiplicité, les différenciaient trop de celles qui auraient pu résulter de l'action de celles-ci. J'ajoutai que les meurtrissures avaient pu être faites d'abord soit avec la main, soit avec tout autre corps contondant, et être suivies de flagellation avec une verge épineuse.

Les deux observations précédentes peuvent appeler l'attention des médecins sur l'existence d'une véritable lacune dans les ouvrages de médecine légale, par rapport, d'une part, à l'action des incisions superficielles multipliées sur la surface du

corps, et de l'autre à celle de la flagellation prolongée comme cause de mort : si elles engagent des observateurs à faire des recherches et à rapprocher d'autres faits qui pourraient avoir de l'analogie avec les précédents, et à produire de la sorte un travail utile qui puisse devenir avec celui-ci la base de recherches scientifiques nouvelles plus complètes et de documents précis, je croirai n'avoir pas perdu mon temps à noter les particularités que j'ai été assez heureux de rencontrer dans les deux cas qui ont fait le sujet de ce travail.

(*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*)

III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine de Paris.

Séance du 22 novembre.

DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE DE FER. —M. LAUGIER. L'inventaire des faits dressé par M. Malgaigne a donné des résultats déplorables; toutefois, une décision sur la valeur de ce traitement m'avait paru prématurée, et je ne croyais pas qu'au moment même où M. Malgaigne lisait son mémoire, on pouvait déjà citer le plus beau succès que Pravaz lui-même aurait pu rêver pour l'avenir de sa méthode.

La ligature compte des succès pareils, mais elle ne peut en revendiquer de plus complet; je veux parler de l'observation d'anévrisme de la brachiale guéri par M. Valette (de Lyon), par l'injection du perchlorure de fer. M. Malgaigne n'a pas nié la probabilité du succès; il en a regardé même l'existence comme hors de doute; mais cette éventualité rare lui a paru achetée par de trop graves accidents, et, dans l'état actuel des choses, contre-balancée par un grand nombre de revers, et même la mort des opérés. En conséquence, il a conclu par la proscription de la méthode. Pour répondre à l'argumentation de M. Malgaigne, il ne suffit donc pas de citer un succès éclatant obtenu par le perchlorure de fer, il faudrait plutôt soumettre à un nouvel examen les faits qu'il a analysés, et, après leur avoir trouvé une autre signification, en tirer des conclusions différentes des siennes. Une lecture attentive des observations publiées avant celle de M. Valette, m'a conduit à penser que le rôle attribué au perchlorure de fer dans leur issue fâcheuse avait été un peu exagéré. Si le perchlorure de fer doit être considéré comme responsable de tous les accidents observés, il faudrait que les effets eussent été d'autant plus manifestes qu'il était plus concentré, que la quantité injectée a été plus considérable, et qu'enfin on a été plus sûr, pendant l'injection, d'avoir fait pénétrer la canule du trocart dans le sang liquide que contient la poche anévrismale. En étudiant les faits publiés sous ces trois points de vue, on est surpris de les voir résolus d'une manière opposée à ce qu'on devait attendre.

M. Laugier, analysant les faits de M. Malgaigne, de M. Alquié, de M. Velpeau et de M. Lenoir, fait ressortir de cette analyse que les accidents produits n'ont été proportionnés rigoureusement ni à la concentration ni à la quantité du perchlorure de fer injecté, mais que ces accidents, ainsi que les différences constatées entre les divers faits dépendent de ce que, dans certains cas, il a fallu faire plusieurs ponctions; que dans les uns la canule plongeait dans le sang liquide de l'anévrisme, que dans les autres elle plongeait dans un caillot déjà spontanément formé.

M. Laugier résume son discours en ces termes :

En résumé, avant de juger la méthode de Pravaz dans le traitement des anévrismes, il me paraît indispensable de faire deux catégories de faits, suivant que la canule du trocart est plongée dans le sang liquide, ou reste engagée dans les caillots déjà formés. Pour ces derniers, ils ne sont à mes yeux que des anévrismes traités par un mode particulier d'acupuncture. L'effet d'une seule ponction pourra être nul; mais des accidents auraient nécessairement lieu si on répète les ponctions, et ils seront en général proportionnés à leur nombre.

Dans les faits de cette classe, il est difficile de concevoir un effet réel du liquide injecté. Comment un fluide qui n'agit que par ses propriétés chimiques serait-il inerte à une première injection et d'une action violente à une seconde ou à une troisième ? L'intoxication et la dissolution du caillot par le perchlorure de fer en excès ne sont encore que de véritables hypothèses. En lisant attentivement les observations d'anévrismes traités par le perchlorure, le galvanisme, et dont l'inflammation

s'est emparée jusqu'à y produire une fonte purulente, je cherche en vain une différence dans les apparences du magma sanguin que contient la tumeur. Il en est de même de l'inflammation spontanée ou de celle qui a suivi la ligature de l'artère.

Les faits de la seconde catégorie me paraissent les seules applications de la méthode de Pravaz. C'est dans ces faits qu'il faut la juger, si on croit déjà aujourd'hui le pouvoir faire.

Ici encore, bien qu'un jet de sang au moment où le poinçon est retiré indique que la canule est placée avantageusement pour l'essai de la méthode, on retrouve le perchlorure infidèle; il ne coagule pas toujours, et ce ne sera qu'à une seconde ponction que les phénomènes d'inflammation seront produits. La méthode de Pravaz, mal faite, il est vrai, et en s'éloignant de certaines règles qu'il avait posées, peut avoir des effets terribles. Il suffit de rappeler la première observation où notre habile confrère M. Malgaigne n'est intervenu que pour réparer, autant que cela était possible, les désordres causés par une injection peu méthodique.

La méthode exige alors, en effet, la possibilité d'une compression exacte et suffisamment prolongée, tant au-dessus qu'au-dessous de la tumeur, pendant et même après l'opération, un certain temps, de quinze à vingt minutes. Les injections de perchlorure de fer ne devront jamais être tentées hors de ces conditions. Il faut, comme M. Malgaigne, la proscrire absolument alors.

Reste donc le très-petit nombre de cas où la tumeur sera située d'une manière favorable à la réalisation de ces conditions. Tel a été l'anévrisme brachial traité par M. Valette. Comment proscrire pour de pareils cas une méthode qui peut réussir en une séance, sans aucun accident et sans laisser après l'opération les éventualités fâcheuses de la ligature? Mais ce sera à condition que la première tentative aura réussi, une seconde ponction pouvant être suivie de cette inflammation qui menace le malade et conduit le chirurgien à l'emploi ultérieur de la ligature.

Tel serait donc le jugement qui, selon moi, pourrait être porté aujourd'hui. Mais le fait de M. Valette n'est-il pas un fait exceptionnel? Combien de fois, dans les mêmes circonstances, se reproduirait-il? Il est évident que c'est aux expériences répétées qui se feront forcément, quel que soit le jugement de l'Académie, que l'on devra la réponse à cette question. C'est pour cela qu'il m'a paru et qu'il me paraît encore prématuré de porter ce jugement définitif que M. Malgaigne attend de vous.

M. Gerdy. Les faits manquent pour juger la question à fond; mais on n'en doit pas moins louer M. Malgaigne d'avoir appelé l'attention de l'Académie sur les résultats désastreux qui ont eu lieu. Je regrette qu'on ait pu penser qu'en exprimant un blâme général, dans la dernière séance, contre les expérimentations, j'aie eu en vue telle ou telle personne. Je n'ai prétendu blâmer ni critiquer personne en particulier. Je conviendrai même que la méthode de Pravaz se présentait au premier abord comme une opération si rationnelle; son inventeur y avait apporté tant de prudence et des précautions si minutieuses qu'il semblait que toutes les chances de succès dussent se trouver réunies en faveur des essais sur l'homme. Et cependant vous connaissez, d'après le tableau qu'on a fait M. Malgaigne, les résultats désastreux de ces essais. Cela prouve une chose : c'est que si, malgré l'excessive prudence qui a présidé aux premiers essais de cette méthode, il est arrivé d'aussi déplorables malheurs, combien ne doit-on pas apporter de prudence lorsqu'il s'agit d'opérations qui n'offrent pas des conditions en apparence aussi favorables? Je n'ai blâmé personne, je le répète; j'ai pu dire seulement qu'on s'était un peu trop pressé. Mais dans l'idée que j'avais en vue de déverser le blâme sur telle ou telle personne, on a fait descendre la question des hauteurs où l'avait placée M. Malgaigne, et où j'avais voulu la maintenir moi-même, aux proportions d'une question de personnes; cela est regrettable, et je désire qu'on ne voie dans tout ce que j'ai dit que le désir de rappeler à des règles de prudence dont on s'est écarté.

On a dit : Mais si vous voulez attendre que d'autres aient expérimenté, et si tout le monde en fait autant, il est évident que personne ne commencera, et de cette manière il n'y aura plus de progrès possible. C'est là une erreur. Il ne faut pas craindre pour cela qu'on arrête les progrès de l'art; il ne manquera jamais de ces hommes disposés, par entraînement naturel ou par témérité, à essayer toutes les méthodes et à appliquer toutes les idées nouvelles. C'est un travers de l'humanité avec lequel il faut compter. Mais il appartient aux hommes prudents et sages de résister à cet entraînement. Il y a, d'ailleurs, des règles pour les progrès de l'art. J'ai dit, par exemple, et je saisis cette occasion de le répéter, qu'il y a un guide infaillible pour le chirurgien quand il s'agit de se déterminer à pratiquer une opération nouvelle :

c'est de se demander s'il la pratiquerait sur son fils. Le cœur, en pareil cas, est le meilleur guide, il ne trompera jamais. Lorsque vous vous direz : Voilà une opération qui n'est pas compromettante pour la vie, un père la permettrait pour son fils, vous pouvez hardiment l'entreprendre; mais en présence d'une opération qui n'aurait encore jamais été pratiquée sur l'homme et qui ne laisserait dans l'esprit qu'incertitude et indécision sur les chances de succès, soyez assurés qu'un père n'y consentirait jamais pour son fils, et ce que le père n'autoriserait pas, vous, chirurgien, vous ne devez pas vous le permettre. Je maintiens que c'est là le guide le plus sûr et le plus vrai pour un chirurgien : c'est là son véritable *criterium*.

Que si, au contraire, en descendant de la hauteur de ces principes généraux, vous abaissez les questions d'art et de pratique au niveau des questions de personnes, voyez l'inconvénient qui en résulterait! vous excluriez des discussions académiques la critique, cette chose sacrée et sainte quand elle est maintenue dans des limites convenables. Il faut, dans l'intérêt de la vérité, que les droits de la critique soient maintenus et respectés, car la critique est la vie même d'un corps savant, et l'on doit surtout éviter d'y voir un prétexte à récriminations personnelles.

Au point où en sont les choses, le fait de M. Valette n'a rien changé à mes convictions. Je persiste à penser qu'il y a lieu de s'arrêter et de réfléchir longtemps avant de se demander s'il convient de pratiquer une opération nouvelle sur l'homme vivant. Pour moi, je n'en ferais rien sans bien savoir ce qu'il y a de vrai ou de faux dans les faits publiés jusqu'à ce jour, et ce ne serait qu'après un grand nombre d'expériences sur les animaux bien concordantes, bien concluantes, que je me déciderais à transporter cette opération sur l'homme. Alors on se sera conduit prudemment. Il vaut mieux attendre que vouloir marcher trop vite.

M. Malgaigne commence par établir le sens de ses conclusions telles qu'il les a formulées au début de cette discussion. Ces conclusions consistaient à dire que, dans l'état actuel des choses, il y avait imprudence à ce qu'un chirurgien exposât des malades aux dangers de l'injection de perchlorure de fer. En émettant cette opinion, dit M. Malgaigne, je n'ai pas entendu préjuger l'avenir et je crois être resté dans les limites d'une prudente réserve. De là deux sortes d'opposants et deux reproches contradictoires. D'une part, M. Moreau m'a reproché de n'avoir pas assez formellement condamné la nouvelle méthode; d'autres m'ont accusé, au contraire, d'être allé trop loin et d'avoir prématurément soulevé une discussion inopportune. Je crois, pour mon compte, qu'il y avait nécessité de condamner ce qui a été fait jusqu'à présent et d'attendre de l'avenir de nouvelles lumières. Si quelque chirurgien se présente avec de nouvelles et suffisantes expériences sur les animaux, il y aura lieu de voir s'il convient de reprendre plus tard de nouveaux essais de cette méthode.

Il y a un point sur lequel je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Gerdy, avec qui je suis en parfaite communion d'idées sur cette question d'ailleurs; c'est sur ce point qu'il faut laisser faire les chirurgiens téméraires. Non, je ne veux pas qu'on laisse plus longtemps se renouveler de semblables expériences sur l'homme avant que les résultats de la méthode aient été bien appréciés sur les animaux, que les conditions et les règles de son emploi aient été bien établies; les chirurgiens qui pratiqueraient aujourd'hui les injections de perchlorure de fer seraient à mes yeux des chirurgiens téméraires. Sans doute il y aura des imprudents et des téméraires en chirurgie, mais il ne faut pas les encourager.

M. Malgaigne revenant ensuite sur quelques points de la discussion qu'il lui paraît nécessaire d'éclaircir, rappelle qu'il a dit dans son mémoire que, sans prétendre diminuer en rien le mérite des hommes distingués qui avaient répété les expériences de M. Pravaz à Alfort, il fallait bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés sans motif plausible des règles posées par l'inventeur; que leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure de fer à petites doses et son danger à dose exubérante; mais que l'injection rationnelle était la seule qu'ils n'eussent point pratiquée. M. Giraldès a réclamé contre cette phrase et a répondu à cela en citant des expériences qui tendraient à infirmer cette assertion. Mais les expériences citées par M. Giraldès étaient inédites; il n'avait pas été possible d'en tenir compte dans un jugement qui n'avait pu être porté nécessairement que d'après les expériences rendues publiques dans les comptes-rendus de la Société de chirurgie rapportés par son organe officiel, la *Gazette des Hôpitaux*.

Je passe, continue M. Malgaigne, à un autre de mes contradicteurs, M. Leblanc. J'avais dit que, dans des expériences faites par MM. Leblanc et Debout, on avait observé tantôt un raccornissement de l'artère sans amincissement, tantôt un raccornisse-

ment avec amincissement. M. Leblanc a nié ces faits. Comme M. Giraldès, M. Leblanc paraît avoir oublié ce qu'il avait dit dans la première relation qu'il a faite de ses expériences à la Société de chirurgie; car on lit dans le compte-rendu officiel (*Gazette des Hôpitaux*) de la séance où a été faite cette communication que, dans l'une des expériences, l'injection produisit le raccornissement de l'artère, et que, dans une autre, le vaisseau fut aminci et se laissa distendre à la manière d'une veine variqueuse.

Mais un nouveau fait s'est produit dans la discussion; je veux parler du fait de guérison d'un anévrisme par une injection de perchlorure de fer récemment communiqué à l'Académie par M. Valette, fait que M. Velpeau semblait pressentir dans son dernier discours lorsqu'il disait que la série des expériences ne s'arrêterait pas là, et que d'un jour à l'autre on verrait surgir de nouveaux éléments propres à éclairer la question.

Un mot à ce sujet sur la critique énergique que M. Velpeau a faite de mon mémoire :

D'après M. Velpeau, il y aurait eu quelque chose de singulier et d'inexplicable dans le fait de gangrène du bras pour lequel j'ai été obligé de pratiquer l'amputation; mais plus ce qui s'est passé dans ce cas était singulier et inexplicable, plus il y avait de raison de le mettre sur le compte du perchlorure de fer, sur l'action duquel on ne sait encore rien de précis. Ce fait, d'ailleurs, ne m'avait pas entièrement convaincu, et j'ai voulu m'éclairer moi-même sur la manière de faire des chirurgiens les plus habiles et les plus prudents. Je suis allé, en conséquence, voir opérer M. Velpeau lui-même. Les précautions les plus minutieuses ont été prises dans l'opération pratiquée par M. Velpeau, ce qui n'a pas empêché qu'il n'ait fallu aussi dans ce cas recourir plus tard à la ligature pour réparer les désordres causés par l'injection. Il en a été de même du fait de M. Jobert, dont personne assurément ne met en doute l'habileté et la prudence.

On a dit que rien ne prouvait que la gangrène qui s'est manifestée dans tous ces cas fût le résultat de l'injection; que ce n'était pas le perchlorure de fer qu'il fallait en accuser, mais l'inobservance des précautions exigées en pareil cas. Mais qui connaît les précautions qu'il faut prendre? qui sait en quoi elles consistent? où les règles de l'art sont-elles formulées? Personne ne le sait encore. N'a-t-on pas procédé, d'ailleurs, avec la plus grande prudence et les plus minutieuses précautions dans le cas de M. Lenoir, comme dans celui de M. Jobert et de M. Velpeau? Ainsi voilà trois opérations pratiquées dans les meilleures conditions, avec la plus grande prudence possible; et de ces trois cas, l'un est suivi de mort; chez les deux autres, les malades n'ont dû leur salut qu'à la ligature? Si l'on ne peut conclure de ces faits contre la méthode, à quoi sert la logique?

M. Velpeau, dans son second discours, a fait des concessions que je ne puis admettre, il a dit que l'opération nouvelle pourrait être conservée pour un certain nombre de cas, par exemple, pour les anévrismes de la racine des membres, ou dans le voisinage des grandes cavités. Mais ce sont là, ainsi que M. Laugier l'a fait remarquer tout à l'heure, les circonstances où l'injection de perchlorure de fer serait peut-être le plus nuisible. L'expérience s'est prononcée déjà, d'ailleurs, à cet égard. M. Velpeau a donc donné sur ce point des espérances qui ne se réaliseront jamais. S'il était possible de conserver encore l'espoir d'utiliser cette méthode, ce serait peut-être dans des cas de petits anévrismes des extrémités de la nature de celui qu'a opéré M. Valette.

Lorsque, me fondant sur les faits malheureux observés, je me suis permis d'élever des doutes, dans mon mémoire, sur l'innocuité du perchlorure de fer, on s'est écrié de toutes parts : Le perchlorure employé n'était point celui de M. Burin-Dubuisson. C'est l'argument derrière lequel se retranchent tous les partisans de la nouvelle méthode, et la réponse qu'ils font à toutes les objections. Mais quel est ce fameux problème de M. Dubuisson, dont ce pharmacien a lui-même donné plusieurs formules différentes, et que personne ici n'a eu encore, à ce qu'il paraît, en sa possession? M. Soubeiran, consulté sur la pureté du perchlorure de fer de M. Dubuisson, a déclaré qu'il était détestable. Je laisserai sur ce point M. Dubuisson aux prises avec M. Soubeiran, n'ayant point la compétence nécessaire pour discuter un pareil sujet.

M. Laugier a soumis à une très-habile critique les faits rapportés dans mon mémoire. Suivant lui, ce ne serait ni à la concentration, ni à la quantité du liquide injecté qu'il faudrait attribuer les accidents observés. Cela est possible; mais qu'est-ce que cela prouve? Si ce n'est ni à l'état de concentration, ni à la quantité, ni à la qualité du perchlorure de fer qu'on doit attribuer, c'est donc à une autre cause inconnue, et la difficulté de recon-

naître d'avance les chances d'accidents n'en devient que plus grande. Que l'on suppose que cela dépende, par exemple, d'une idiosyncrasie particulière des malades, il sera bien plus difficile encore de prévoir et de prévenir ces accidents, et dès lors l'emploi du perchlorure ne peut plus être soumis à une règle fixe. M. Laugier pense que ces accidents doivent être attribués plutôt aux ponctions répétées qui ont dû être pratiquées dans quelques cas. Je ne partage point cette opinion. On fait tous les jours des ponctions répétées dans des tumeurs enkystées sans produire ni inflammation ni gangrène : c'est donc bien évidemment la substance introduite dans le sac anévrismal qui est la cause de tous ces désordres.

Enfin, si j'examine le fait de M. Valette dont on a fait tant de bruit, je suis frappé tout d'abord d'une chose, c'est que cette opération a été faite contre toutes les règles et en dépit de toutes les prescriptions de la méthode Pravaz. Tandis que M. Burin-Dubuisson considère comme devant être la dose réglementaire 5 gouttes de perchlorure par centilitre de sang, M. Valette en injecte 15 gouttes pour un anévrisme dont il évalue lui-même la capacité à 1 centilitre. On ne sait plus, en présence de pareilles incertitudes, à quoi s'arrêter. Quelle sera donc la règle pour ceux qui voudraient expérimenter à l'avenir ? Combien de victimes faudra-t-il faire encore pour arriver à quelque chose de précis !

En résumé, la méthode Pravaz est détestable ; elle n'est point applicable aux gros anévrismes, et quant aux petits anévrismes, les seuls auxquels elle pourrait convenir, la ligature donne de si brillants résultats que ce serait folie que d'y renoncer pour une méthode aussi incertaine et aussi dangereuse.

Je ne dis pas que la ligature soit le dernier mot de la chirurgie. On a proclamé en Angleterre les bons effets de la compression. Je pense qu'il y aurait avantage à mettre ce moyen à l'étude. Je suis loin, comme on le voit, de m'opposer à ce qu'on fasse des essais ; mais je veux que l'initiative en soit prise par des chirurgiens prudents et sages, et non par ces chirurgiens téméraires qui se conduisent sans règle et sans mesure. Enfin, je suis prêt à adopter un autre moyen que la ligature, mais à la condition qu'il ne donnera pas, sur 11 cas 4 morts et 5 ou 6 insuccès.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Séance du 29 novembre.

Perchlorure de fer. — M. Giraldès présente quelques observations au sujet du dernier discours de M. Malgaigne. M. Malgaigne ayant cité des expériences faites à Alfort d'après le *Bulletin de la Société de chirurgie*, M. Giraldès fait remarquer, d'une part, que les expériences citées par M. Malgaigne ne sont pas les seules qu'il ait faites, qu'il en a fait beaucoup d'autres depuis ; et, d'autre part, que le reproche qui lui a été adressé de s'être écarté des règles formulées par l'inventeur tombe de lui-même, puisqu'on chercherait en vain ces règles précises posées par Pravaz.

Enfin, M. Giraldès demande d'après quelles données M. Malgaigne reconnait que ces expériences ont été mal faites. « Il s'agissait, dit M. Giraldès, de constater que quelques gouttes de perchlorure de fer injectées dans les vaisseaux déterminaient la coagulation immédiate du sang : or l'expérience a réussi ; mais, pour apprécier si quelque chose avait manqué à l'expérimentation, il aurait fallu connaître le degré de densité du perchlorure employé par Pravaz et par nous, la quantité de sang contenu dans l'artère comprimée, etc. M. Malgaigne ignorait tout cela ; néanmoins, de sa propre autorité, sans plus ample informé, il déclare hautement devant l'Académie que ces expériences ont été très-mal faites. Cette manière de procéder a quelque chose d'étrange ; mais, Dieu merci, l'Académie n'a accordé à aucun de ses membres, si haut placé qu'il puisse être, le droit de blâmer les choses qu'il ne connait qu'incomplétement. »

M. Burin-Dubuisson adresse une lettre sur le même sujet, dans laquelle il réfute plusieurs des assertions contenues dans l'argumentation de M. Malgaigne.

A l'occasion de la correspondance, M. Malgaigne lit une lettre d'un médecin de Lyon qui rectifierait plusieurs assertions inexactes avancées par M. Burin-Dubuisson, notamment en ce qui concerne l'opération de M. Barrier. Cette lettre ferait connaître, en outre, un cinquième cas de mort causée par le perchlorure de fer.

Uréthroscope. — M. J. Desormeaux lit une note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urèthre.

Pour obtenir un uréthroscope qui donne les résultats désirables, la difficulté consistait à livrer passage à la lumière par un orifice étroit, tout en réservant un espace suffisant pour les rayons visuels. Ce résultat est obtenu, dans l'instrument que M. Desormeaux a fait construire, au moyen

du miroir percé à son centre que M. Léon Foucault avait déjà appliqué à l'éclairage des corps opaques sous le microscope. Ce miroir, placé sur le prolongement de l'axe d'une sonde droite à bec ou, pour mieux dire, d'une longue canule introduite dans l'urèthre, est incliné de façon à réfléchir dans la direction de la canule les rayons qu'il reçoit d'un foyer lumineux situé sur le côté, et qui sont préalablement rendus convergents par l'interposition d'une lentille. En même temps, l'ouverture du miroir, répondant au centre de l'instrument, livre un passage suffisant aux rayons visuels qu'aucun point lumineux intermédiaire n'empêche d'arriver jusqu'à l'objet que l'on veut observer.

M. Desormeaux s'occupe en ce moment d'apporter à différentes pièces de l'appareil des modifications dont l'expérience lui a fait sentir l'utilité. Mais tel qu'il est, il lui a déjà donné des résultats satisfaisants. Sur un malade affecté de rétrécissement dans la région du bulbe, on a pu voir distinctement une cloison transversale, avec un pertuis excentrique entouré d'un bourrelet circulaire légèrement saillant. Sur un malade de l'hôpital du Midi, on a pu observer le déplissement de la muqueuse au-devant de la sonde, et la coloration rouge de cette membrane, atteinte d'inflammation chronique.

M. Desormeaux rapporte entre autres cette expérience, dont le résultat lui a paru assez frappant :

Si l'on place à l'extrémité de la sonde un papier sur lequel se trouvent des lettres, en ayant soin de le mettre à l'abri de la lumière extérieure, les lettres sont aperçues d'une manière aussi distincte que dans les conditions ordinaires de la vision. Il en est encore de même pour des détails moins faciles à saisir, tels que les sillons concentriques de la pulpe des doigts, les différences de coloration des ongles, etc.

D'après cela, ajoute M. Desormeaux, je pense non-seulement que dans certains cas l'uréthroscope pourra éclairer le diagnostic, mais qu'il pourra servir à juger certaines questions de doctrine, telles que celles qui se rapportent aux ulcérations uréthrales, et en particulier au chancre, objet de tant de controverses.

Il est un point sur lequel mes recherches n'ont pas encore pu porter d'une manière suffisante. J'ai constaté qu'une ouverture latérale faite à la sonde ne diminue pas sensiblement l'éclairage, et cette ouverture, qui sert à l'introduction d'éponges pour absterger les parties, peut aussi permettre le passage de divers instruments. A l'aide d'un stylet à manche coudé, j'ai traversé un rétrécissement étroit. J'ai fait faire, d'après le même système, un bistouri à l'aide duquel on peut pratiquer des incisions en se rendant compte du résultat beaucoup mieux qu'avec les instruments qui agissent hors de la vue.

Des porte-caustique appropriés permettraient d'agir avec certitude sur les points malades, et d'appliquer à l'urèthre une médication dont on tire un parti si utile dans le traitement des affections du col de l'utérus et du vagin, etc.

DISCUSSION SUR LE PERCHLORURE DE FER. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

M. ROUX. A en juger par tout ce qui a été dit jusqu'ici dans cette discussion, il semblerait que la chirurgie a été impuissante jusqu'à présent contre les anévrismes, et que la méthode des injections de perchlorure de fer est une heureuse innovation, une conquête nouvelle de la chirurgie. C'est là une erreur à laquelle j'ai pu paraître prendre part moi-même, lorsque je me suis borné, au début de cette discussion, à reprocher à M. Malgaigne de s'être trop pressé de porter un jugement sur cette méthode. Et pourtant, en faisant ce reproche à notre collègue, j'ai assez fait entendre, ce me semble, que je n'avais pas une grande confiance dans ce nouveau moyen.

Je prie l'Académie de me permettre maintenant de lui présenter quelques considérations desquelles il résultera, je l'espère, que la nouvelle méthode ne peut être mise en parallèle avec les moyens chirurgicaux dont l'art est depuis longtemps en possession. Mais auparavant j'ai à répondre en quelques mots à M. Velpeau.

M. Velpeau a dit que la méthode des injections n'était pas tout à fait nouvelle, et dans un historique qui ne me paraît pas très-exact, il nous a fait voir qu'elle n'était en quelque sorte qu'une extension, que le développement des tentatives faites successivement par l'acupuncture, l'électro-puncture, les injections alcooliques de M. Leroy-d'Etiolles, et enfin par l'application de la glace, qu'il a essayée lui-même dans le temps. L'emploi des réfrigérants comme moyen de déterminer la coagulation du sang n'est ni aussi indifférent ni aussi insignifiant que paraît le croire M. Velpeau. J'y ai eu recours dans le temps sur un malade que M. Nacquart a vu avec moi, et j'en ai obtenu sinon une guérison complète, du moins une suspension momentanée dans les progrès de la maladie. Cette méthode, ainsi que l'a rappelé M. Moreau, a été introduite en France par

Guérin (de Bordeaux); elle devint à cette époque le sujet d'une assez vive polémique, qui fit dire plaisamment alors à un chirurgien de Paris qui n'en avait pas retiré d'aussi bons effets que Guérin que l'eau de la Seine n'avait probablement pas les mêmes propriétés que l'eau de la Garonne. Quoi qu'il en soit, cette méthode a donné dans quelques cas de beaux résultats, et je m'étonne que M. Velpeau ait cherché à la rattacher à la méthode nouvelle, avec laquelle elle n'a rien d'analogue. Je m'étonne surtout qu'il l'ait traitée aussi légèrement.

M. Velpeau insiste beaucoup d'un autre côté sur les droits de priorité d'Anel pour la méthode que je persiste à attribuer à Hunter. Je n'ignore pas qu'Anel avait exposé cette méthode cinquante ans avant Hunter, mais l'idée d'Anel, restée perdue dans un petit livre oublié, n'avait point été appliquée lorsque Hunter s'en est emparé pour en faire réellement une méthode sienne par les beaux succès qu'il en a obtenus. Il y aurait donc de l'injustice à refuser à Hunter l'invention d'une méthode qu'il a instituée et définitivement établie dans la pratique.

Je reviens à la méthode en discussion. Il me semble qu'on a beaucoup trop considéré jusqu'ici, dans cette discussion, la méthode de Pravaz comme une méthode absolue, qu'il s'agirait d'appliquer désormais au traitement des anévrismes, tout comme s'il n'existait pas déjà une autre méthode éprouvée. Je veux admettre un instant, par hypothèse, que le perchlorure de fer ait réellement toutes les propriétés qu'on lui attribue, que ce soit le meilleur plastique, et que les essais qui en ont été faits jusqu'ici soient de nature à encourager de nouvelles expériences; je suppose encore que l'on connaisse bien toutes les conditions de son administration, ses indications spéciales, les circonstances inhérentes aux divers anévrismes plus particulièrement favorables à son emploi, je me demanderais encore si ce serait là réellement une conquête de l'art, si nous serions arrivés à une de ces époques où la chirurgie aurait réalisé un grand progrès. Eh bien! j'en douterais encore. Car, pour admettre que ce fût un progrès, il faudrait comparer ses résultats à ceux que l'on obtient par les moyens en usage, et démontrer que la ligature est incapable de donner d'aussi bons résultats.

M. Roux, partant de cette supposition pour examiner les résultats donnés par la ligature, fait un long dénombrement des opérations qu'il a faites dans sa longue carrière chirurgicale, et en conclut que ces résultats sont tellement satisfaisants et tellement dépourvus d'inconvénients, qu'on ne saurait jamais mettre en parallèle les effets probables de l'injection.

M. Velpeau. Ce que vient de dire M. Roux a considérablement agrandi le champ de la discussion. Je n'avais que quelques mots à dire à la fin de la dernière séance; je me trouve aujourd'hui dans l'obligation de réclamer un moment d'attention de plus de la part de l'Académie pour quelques explications devenues indispensables.

Il s'agissait jusqu'ici de discuter la valeur de la méthode nouvelle : ce n'est plus de cela qu'il s'agit maintenant, mais bien de l'histoire entière des traitements des anévrismes. D'un autre côté, j'aurai aussi à répondre à un autre point de vue de la question, au point de vue moral qui a été posé par M. Gerdy. Mais M. Gerdy, à qui j'avais cru voir d'abord l'intention de jeter le blâme sur quelques-uns de ses collègues, s'en est défendu. Il n'a voulu blâmer personne en particulier, a-t-il dit, mais il a blâmé tout le monde. Puisque la conciliation est partout en ce moment, je ne demande pas mieux que d'accepter ces paroles comme une conciliation. Je reviens donc au point de départ de la discussion, d'où j'aurais voulu ne la point voir s'écarter.

M. Malgaigne, qui malheureusement ne se trouvait pas à la fin de la dernière séance, m'a fait dire, sans doute d'après des rapports inexacts, autre chose que ce que j'ai dit. Il a cru voir, par mes paroles mal interprétées, que je révoquais en doute la réalité du fait qu'il nous a rapporté comme y ayant pris une part active. Je n'ai nullement contesté la réalité de ce fait : on ne saurait le nier; il n'est malheureusement que trop vrai, puisque le malade qui en est l'objet a dû subir l'amputation. J'ai dit seulement que je trouvais ce fait étrange; j'ai dit qu'il ne me paraissait pas fournir des éléments suffisants pour résoudre la question qu'on a prétendu résoudre à son aide. J'ai dit enfin que la ligature n'était pas applicable partout, et qu'il serait à désirer qu'on trouvât un moyen différent qui pût suppléer à la ligature pour les anévrismes et pour les régions où elle n'est pas applicable. Je n'ai pas dit que le perchlorure fût ce moyen et qu'il pût remplir l'objet qu'on s'est proposé : j'en doute; je suis même plutôt disposé à ne pas le croire; mais enfin c'est là même une question qui n'a pas encore été suffisamment examinée, à mon avis, et je ne voudrais pas qu'on traitât de téméraires les chirurgiens qui

se livrent à des essais dont l'objet est aussi légitime.

D'un autre côté, je ne comprends pas, ai-je dit encore, que ce soit là un moyen aussi dangereux qu'on l'a prétendu ; il m'est impossible, d'après ce que j'en ai vu moi-même maintes et maintes fois, après m'en être servi pour tamponner des plaies saignantes sans le moindre inconvénient, de reconnaître que le perchlorure de fer est un agent dangereux.

Mais, maintenant, y a-t-il lieu d'espérer qu'en obtenant la coagulation du sang à l'aide de cet agent, cette coagulation sera suivie de l'oblitération du sac anévrismal ? C'est là le point à examiner. Je dis que, s'il en devait être ainsi, il faudrait poursuivre les expériences, non pas sur l'homme, les faits connus jusqu'ici ne sont pas assez encourageants, mais sur les animaux.

Enfin, une autre raison qui m'a fait tenir ce langage, c'est qu'il y a eu un cas de succès, un succès incontestable, et que personne ne conteste. Je dirai à cet égard que je suis fâché d'une chose : c'est que M. Malgaigne ait trouvé matière à blâme dans ce fait, et qu'il ait cherché à en atténuer la valeur. Il a dit que l'opération avait été faite en dépit des règles de la méthode. Mais ces règles, où existent-elles? L'événement ne prouve-t-il pas, d'ailleurs, qu'il a mieux fait que s'il avait suivi strictement les règles formulées par Pravaz?

En supposant, d'ailleurs, que les injections de perchlorure de fer ne réussissent pas contre les anévrismes, ce ne serait pas encore une raison pour les rejeter de la pratique chirurgicale, car elles pourraient s'appliquer à d'autres maladies. Déjà on a cité quelques exemples de succès de l'emploi de cette méthode dans des cas d'hémorrhagies utérines. Il y a bien d'autres circonstances encore, pour lesquelles depuis si longtemps on cherche des hémostatiques, où le perchlorure de fer pourrait rendre des services. On l'a essayé contre les varices à Lyon et à Paris. Il en est résulté ce fait ; c'est que si le perchlorure ne guérit pas les varices (je m'expliquerai tout à l'heure là-dessus), il n'a pas du moins les inconvénients ni les dangers qu'on pourrait lui supposer; on a même dit avoir obtenu des guérisons.

De ce que je viens de dire, je ne voudrais pas que l'on tirât cette conclusion que j'approuve ce mode de traitement pour les varices. Je commencerai par déclarer tout de suite qu'on ne guérit pas les varices, qu'on ne peut pas les guérir. Je me suis beaucoup occupé de ce sujet; j'ai expérimenté un grand nombre de moyens; j'ai opéré par différentes méthodes plus de 250 individus, et sauf un seul cas de mort, sans aucun accident grave; mais jamais je n'ai obtenu un résultat durable et définitif.

J'ai employé, entre autres moyens, le séton, la ligature, soit à nu, soit sans découvrir la veine. J'ai réussi quelquefois; mais il faut s'entendre sur ces succès, c'est-à-dire que j'ai réussi à oblitérer la veine. Mais les veines ont des ressources sur lesquelles je n'avais pas compté; elles ne sont point comme les artères : elles ont des ramifications à l'infini. Il y a des myriades de veines collatérales, de sorte qu'une veine n'était pas plutôt oblitérée qu'aussitôt une nouvelle veine se dilatait à côté, et, tandis que je croyais mes malades guéris, je les voyais revenir plus tard avec les cicatrices témoignages des opérations que j'avais pratiquées, mais aussi avec de nouvelles varices aussi volumineuses que les premières. J'ai vu, entre autres, un malade auquel j'avais excisé la veine variqueuse dans une étendue de 5 centimètres. Il n'y avait pas moyen de compter que le cours du sang pût se rétablir. Eh bien ! cet homme est revenu dix ans après avec les mêmes varices. Depuis cette époque, j'ai complétement renoncé à traiter les varices par n'importe quelle méthode. Je crois donc que les chirurgiens qui tenteraient de traiter les varices par le perchlorure de fer perdront probablement leur temps.

Il y a un autre point sur lequel je veux saisir l'occasion de donner un avis aux expérimentateurs : je veux parler du caillot. J'ai vu des caillots produits sur les chevaux par M. Leblanc; j'en ai vu qui permettent d'espérer qu'ils pourraient finir par s'organiser, adhérer et se confondre par la suite avec les parois du vaisseau et former à la longue une sorte de cordon imperméable au sang. Mais voici une difficulté à laquelle on ne me paraît pas avoir assez songé. Quand on injecte du perchlorure de fer ou tout autre agent dans un vaisseau normalement organisé, les conditions ne sont pas les mêmes que lorsqu'on fait cette injection dans une poche anévrismale. Ici la poche est déviée du cours naturel du sang; il y a des couches concrètes de sang devenues en quelque sorte des matières inorganiques, et qui sont en contact avec les parois du sac ou du vaisseau. Ce n'est donc plus sur du sang normal que l'on agit. D'un autre côté, et ceci n'est pas une difficulté moindre, la lumière de l'artère ne répond plus au centre de la tumeur ou du vaisseau altéré. Elle est

plus ou moins déviée; j'ai vu même des cas où il était impossible de retrouver l'orifice du vaisseau dans la masse de la tumeur, tant le trajet était devenu tortueux et irrégulier. Or, quand vous injecterez du perchlorure de fer, vous pourrez bien obtenir un caillot, mais rien n'indique que ce caillot oblitérera le calibre de l'artère anévrismatique, et comment, au milieu de ces trajets sinueux, pourra-t-on espérer diriger convenablement la canule? C'est là une des causes les plus probables d'insuccès. C'est une considération que je soumets à l'appréciation des expérimentateurs. A cela près de ces difficultés, qui me font croire que la méthode est mauvaise et qu'elle ne réussira pas, je n'en conclus pas qu'il ne faille pas encourager les recherches et les expériences dans ce sens; je suis même porté à croire, au contraire, qu'il en ressortira quelque chose d'utile.

Un mot, avant de terminer, sur la question de l'application des réfrigérants au traitement des anévrismes que vient de soulever M. Roux. Il n'y a aucune analogie entre la méthode de Guérin que M. Roux vient de rappeler et celle que j'ai mise autrefois en usage. Guérin employait les réfrigérants dans le but de produire le resserrement, la rétraction des parois anévrismales; tandis que mon but, à moi, était tout différent: c'était de chercher à déterminer la congélation complète, mais momentanée, des tissus au moyen d'un mélange de sel et de glace, et partant, la solidification du sang contenu dans le sac anévrismal. Ce sont là deux idées très-distinctes et que M. Roux a confondues.

Séance solennelle du 6 décembre.

L'Académie de médecine a tenu ce jour sa séance annuelle en présence d'un public nombreux de médecins et d'élèves. L'hémicycle était rempli de dames, auxquelles la politesse de MM. les académiciens avait concédé ces places d'honneur. La savante Compagnie avait non-seulement à procéder à l'examen des mémoires qui lui avaient été soumis et à distribuer les prix ordinaires, mais à décerner à titre d'encouragement une somme de 1,000 fr. que le ministre de l'intérieur avait mise à sa disposition.

La séance a commencé par un rapport du secrétaire annuel sur les prix décernés par l'Académie en 1853, et sur les prix proposés pour les trois années suivantes. Ensuite M. le président a proclamé les lauréats.

PRIX DE 1853.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante: « Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite? » En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

Ce prix était de 1,000 fr. — Grâce à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie ayant pu disposer d'une somme de 2,000 fr., elle a décerné:

1° Un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Raoul Leroy-d'Etiolles, auteur du mémoire n° 6;

2° Un prix de 700 fr. à M. le docteur Abeille, auteur du mémoire n° 3;

3° Un encouragement de 300 fr. à M. le docteur Landry (Octave), auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question: « De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goitre;* du traitement préservatif et curatif de cette maladie. »

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne ce prix à M. le docteur Bach (de Strasbourg), auteur du mémoire n° 1.

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Philipeaux (de Lyon), auteur du mémoire n° 3, et à M. le docteur Le Tertre Vallier, médecin militaire à Amiens, auteur du mémoire n° 6.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante: « Faire l'histoire du *tétanos.* »

L'Académie pouvait disposer d'une somme de 1,500 fr.; elle a accordé:

1° Un prix de 1,000 fr. à M. Emile Rémilly (de Versailles), interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 3;

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Jules Gimelle, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question posée par l'Académie, en ce qui concerne l'*art des accouchements,* était la suivante: « Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

A l'exception d'un travail qui n'avait point trait à la question proposée, aucun mémoire n'a été envoyé à l'Académie.

L'Académie décide que cette question ne sera pas remise au concours.

La question proposée par l'Académie, en ce qui concerne les *eaux minérales;* était la suivante: « Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire

connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal.

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné de prix, mais elle accorde :

1° Une médaille d'encouragement de la valeur de 700 fr. à M. Ernest Baudrimont, auteur du mémoire n° 2;

2° Une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. Filhol, professeur de chimie à l'École de Toulouse, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., doit être décerné au médecin ou professeur qui aurait fait ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire divisé en 25 leçons.

L'Académie a décidé que ce concours restera ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, et que le prix, s'il y a lieu, sera décerné ultérieurement.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie, prononce ensuite l'éloge d'Orfila.

Séance du 13 décembre.

Combinaison de la méthode de Brasdor avec les injections coagulantes dans le traitement des anévrismes. — M. Pétrequin adresse une communication sur l'emploi d'une opération particulière, à savoir : la combinaison de la méthode de Brasdor et des injections coagulantes dans le traitement de certains anévrismes. Voici un extrait de la lettre de M. Pétrequin :

.... Rationnelle en principe, mais malheureuse en pratique, la méthode de Brasdor constitue une médication qu'on ne doit pas négliger et qu'il importerait essentiellement de perfectionner.

Il m'a semblé qu'on réussirait à augmenter les chances heureuses de la méthode en trouvant le moyen de coaguler rapidement le sang dans l'anévrisme, et que la combinaison des injections hémoplastiques et de la ligature artérielle pourrait, dans les cas désespérés, conduire à des résultats favorables, d'autant mieux que ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes ne pouvait être appliquée séparément. Cette idée me paraît fournir le germe d'un progrès pour la thérapeutique chirurgicale, et je m'occupai des meilleurs procédés d'application....

J'imaginai d'utiliser dans ce but les injections coagulantes, à titre de méthode mixte.... Il s'agissait de venir en aide à la méthode de Brasdor par un procédé hémoplastique.

Le malade avait un anévrisme de l'artère sous-clavière droite; je liai d'abord l'axillaire par le procédé de Marjolin et Lisfranc au point où elle prend naissance sous la clavicule. Je fis ensuite une ponction sur la tumeur; mais la canule s'étant faussée, l'injection ne put pénétrer, je fus obligé de la renvoyer au surlendemain. Je pratiquai alors une seconde ponction. Je fis établir préalablement une compression méthodique sur le tronc innominé.

Le choix et le mode d'emploi du perchlorure ne sont point indifférents. M. Velpeau a eu raison de dire que le perchlorure à 30° n'est point un caustique; les nombreuses opérations de varices pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'ont surabondamment démontré. Pour les varices, 3 à 5 gouttes suffisent par piqûre; il en faut davantage pour les anévrismes, eu égard à leur volume. Quant à la densité du liquide, l'expérience nous a maintes fois prouvé que le perchlorure à 30° réussit parfaitement pour les varices; faut-il abaisser le titre pour les anévrismes? Nous avons à cet égard entrepris avec MM. Desgranges et Burin, sur des perchlorures à 20 et 25° de densité, une série d'expériences dont on fera plus tard connaître les résultats. En attendant, je ferai remarquer que M. Valette s'est servi avec succès du perchlorure à 30° pour l'anévrisme qu'il a guéri. J'employai du perchlorure ferro-manganique à 30°, préparé par M. Burin-Dubuisson; j'en injectai 8 à 9 gouttes. Ce que je voulais produire avec le perchlorure, je fus assez heureux pour l'obtenir : la tumeur, qui depuis la ligature n'avait pas notablement changé en deux jours, durcit sensiblement après l'injection. Ce premier résultat fut assez décisif; il le devint encore davantage le lendemain, comme le témoignent les détails cliniques dans lesquels entre M. Pétrequin.....

Nous remarquerons, ajoute-t-il, que, bien qu'une inflammation suppurative soit survenue à la suite des deux piqûres faites pour l'injection, cependant ce n'est pas de ce côté que l'hémorrhagie a eu lieu. Toutefois, il sera toujours utile d'éviter la multiplicité des piqûres, et l'on devra prendre les plus grandes précautions pour prévenir l'infiltration du perchlorure dans le tissu cellulaire; ce sont deux causes puissantes de phlogose et de suppuration. J'avais ponctionné au-dessus de la clavicule; l'hémorrhagie venait sourdre au-dessous; elle provenait de la section prématurée du vaisseau; or, c'est là un accident malheureusement très-commun aux ligatures en général (Lisfranc note 7 hémorrhagies sur 31 ligatures par la mé-

thode ancienne, et 32 hémorrhagies sur 172 ligatures par la méthode d'Anel), et à la méthode de Brasdor en particulier (sur 12 morts dont les causes ne sont pas toutes spécifiées, l'hémorrhagie est nettement accusée deux fois). D'ailleurs, cette opération est toujours des plus graves : sur 32 ligatures de l'axillaire et de la sous-clavière, Lisfranc marque 15 morts, et M. Velpeau 25 sur 60 pour la sous-clavière. Or, on ne peut pas en accuser le perchlorure, qui n'était alors ni usité ni connu. Mon opération n'offre rien d'extraordinaire à cet égard; on pourrait espérer à l'avenir mieux conjurer ce funeste résultat en s'éloignant davantage du sac; j'avais bien cherché à le faire, mais peut-être aurais-je mieux réussi en plaçant la ligature plus bas encore sur l'axillaire.

Il nous semble qu'avec cet ensemble de modifications la combinaison des injections coagulantes et de la méthode de Brasdor pourra devenir une ressource précieuse dans le traitement de certains anévrismes. (Commissaires : MM. Roux, Laugier, Malgaigne, Leblanc et Velpeau.)

Uréthroscope. — M. Bonnafont adresse une lettre relative à l'instrument que M. Desormeaux a présenté dans la dernière séance, instrument destiné à porter la lumière dans le canal de l'urèthre. Cet appareil, dit M. Bonnafont, est en tous points semblable à celui dont je me sers depuis bientôt vingt ans pour éclairer le conduit auditif externe. Je viens donc réclamer la priorité pour l'idée et pour la construction d'un instrument ayant pour but de porter la lumière dans de grandes profondeurs au moyen d'un foyer lumineux reçu par un miroir réflecteur.

Toutes les parties d'ailleurs décrites par M. Desormeaux pour la composition de son instrument se trouvent dans celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui a été construit, d'après mes indications, par M. Juglar, opticien de la marine, à Toulon, en 1833.

On y voit : 1° Un cylindre pour recevoir le foyer lumineux d'une lampe quelconque, présentant une ouverture munie d'une lentille destinée à concentrer tous les rayons lumineux;

2° Un miroir réflecteur de platine incliné à 45°, destiné à recevoir et à réfléchir ces rayons dans une direction droite, lequel miroir présente à son centre un oculaire par lequel le rayon visuel peut apercevoir les objets éclairés sans déranger le mécanisme de l'appareil réflecteur.

Notre instrument présente de plus un appareil microscopique placé en avant du miroir, destiné à grossir les objets et à les rendre ainsi plus accessibles à l'œil de l'observateur.

L'idée de cet instrument remonte déjà à 1830, car avant mon départ pour l'expédition d'Afrique je la communiquai à M. Samson. M. Desormeaux attribue à M. Léon Foucault l'idée première du miroir percé à son centre d'un oculaire. Reste à savoir si le savant physicien en faisait usage avant l'époque que nous venons d'indiquer. Dans un mémoire que j'adressai à l'Académie des sciences, en 1834, sur le mécanisme de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe, que j'avais étudié à Alger à l'aide de cet appareil, j'y joignis le dessin de cet instrument, qui, ainsi que le mémoire, doit se trouver dans les cartons du savant physiologiste qui en fut nommé rapporteur, et qui n'a jamais fait de rapport.

Cet instrument, que j'appelai alors *phosactéon* (conducteur de lumière), et que depuis j'ai simplifié et nommé *otoscope*, a été remarqué par les nombreux confrères qui ont pu reconnaître combien ce moyen est précieux pour éclairer le conduit auditif et pour rendre faciles toutes les opérations qu'on est appelé à y pratiquer. (Commissaires : MM. Ricord, Ségalas, Laugier.)

Maladies épidémiques. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Druhen aîné, membre du comité d'hygiène du département du Doubs, sur l'histoire des maladies épidémiques qui ont régné dans le département depuis 1836 jusqu'en 1850.

Une partie de ce mémoire a pour objet l'examen critique des documents invoqués par la statistique et la méthode numérique, à l'appui d'une hypothèse dont l'idée première appartient à un mathématicien, mais qui a été transformée et formulée par un médecin (M. Bayard), de la manière suivante :

« La variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et même » maladie, tantôt externe, tantôt interne, » produite par la combinaison de la variole » et du typhus, c'est-à-dire, en d'autres » termes, que la petite vérole, dont on » prévient le développement par la vaccine, est métamorphosée plus tard en » une espèce de variole intérieure qui » n'est autre chose que la fièvre typhoïde; » en sorte que la mortalité du jeune âge, » suspendue par l'inoculation vaccinale, » se trouve déplacée et portée à une époque plus avancée de la vie; seulement, » au lieu de mourir de la variole, on meurt » de la dothinentérie. Par conséquent, la » vaccine, loin d'être un préservatif utile

» à l'enfance, serait un présent funeste » fait à l'humanité, qui lui conserverait » des victimes pour être immolées dans » l'adolescence et l'âge adulte. »

Les calculs statistiques qui ont été invoqués à l'appui de cette hypothèse ont paru à M. Druhen reposer sur des bases inexactes et fautives, ce qui l'a déterminé à en faire une critique sérieuse.

Voici, en résumé, les principaux arguments produits par M. Druhen.

On sait que M. Carnot, dans son *Essai sur la mortalité*, a émis cette espèce d'aphorisme : « La mort, sous des noms inconnus au dix-huitième siècle, prélève aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que » la petite vérole imposait autrefois à l'enfance. » M. Carnot appuie cet aphorisme sur trois propositions capitales, appuyées elles-mêmes sur de nombreux calculs statistiques. Les observations critiques de M. Druhen sur ce travail tendent à prouver que les chiffres invoqués par M. Carnot ne sont pas concluants, et que les tableaux de mortalité sur lesquels il s'appuie sont contestables.

Ainsi, par exemple, en ce qui concerne la première proposition de M. Carnot, savoir : « que de 1800 à 1815, la mortalité a » doublé dans les rangs de la population » de 20 à 30 ans; que cette mortalité n'a » fait que se déplacer; qu'au lieu de frapper l'enfance, comme elle le faisait avant » la vaccine, elle choisit ses victimes entre » 20 à 30 ans ». M. Druhen fait remarquer que le point de départ de ces calculs (*Tables de* Deparcieux) n'est pas à l'abri de reproches. Les relevés statistiques concernant les décès faits avant 1779 ne doivent être admis, suivant lui, que comme des renseignements incomplets, sans pouvoir servir de terme rigoureux de comparaison. Quant aux tableaux de mortalité pour la ville de Paris, beaucoup plus exacts, ils sont également loin d'être irréprochables relativement à la nature des maladies qui ont causé la mort.

Au sujet de la deuxième proposition de M. Carnot, ainsi conçue : « Les maladies » du poumon n'ont pas eu de part sensible à l'accroissement de la mortalité de » la jeunesse depuis 1817. » M. Druhen fait remarquer que, pour apprécier sa valeur, il faudrait plusieurs autres documents statistiques qui viendraient se fondre dans une moyenne qu'il est impossible de déduire de ceux cités par M. Carnot.

Il résulte finalement des remarques de M. Druhen que, pour qu'une statistique ait toute sa valeur, il faut tenir compte de particularités que M. Carnot a omises. Il faut ajouter encore que les soldats, objets du calcul de l'auteur, sont des hommes choisis par le conseil de révision, dont le devoir est de dispenser du service tous ceux qui portent le germe d'une maladie quelconque de poitrine, auxquelles, par cela même, ils donnent peu de prise; qu'enfin l'intempérance, familière à beaucoup d'entre eux, les dispose d'une manière toute particulière aux maladies gastro-intestinales.

Comme on peut inférer du sens de la première proposition qu'il combat, que la fièvre typhoïde est une maladie nouvelle, M. Druhen a consulté les archives médicales de Besançon, qui renferment des documents sur les épidémies, pour prouver qu'il a régné dans cette ville, à des époques éloignées, des formes adynamiques contagieuses qui n'étaient autre chose que la fièvre typhoïde, dont le nom seul est nouveau.

M. le rapporteur, après avoir reproduit les arguments dont nous ne venons d'indiquer que les points principaux, appuie lui-même l'argumentation de l'auteur par de nouveaux exemples, et en s'étayant de l'autorité de divers statisticiens, notamment de J.-B. Say et de M. Villermé.

Quant aux conclusions du rapport, M. le rapporteur s'en réfère à celles qui ont été formulées dans le rapport général sur les épidémies, dont celui-ci n'est qu'un fragment détaché, et conformément auxquelles une médaille a été décernée à M. Druhen.

Séance du 20 décembre.

Sensibilité musculaire. — M. Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire intitulé : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire*. L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire. C'est lui qui, excité par le cerveau et réagissant sur lui, l'éclaire pour ainsi dire sur le choix des muscles dont il doit provoquer la contraction. Je propose de l'appeler sens musculaire.

2° Il ne faut pas confondre le sens musculaire qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne la conscience de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été justement appelée par M. Gerdy *sensation d'activité musculaire*. Cette dernière est le résultat ou le produit de la contraction musculaire. On doit distinguer aussi le sens musculaire de la sensibilité musculaire

générale, sensibilité caractérisée par la douleur qui résulte d'une cause externe (l'excitation électro-cutanée, la pression, la contusion, etc.).

3° Le sens musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire.

4° Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction.

5° Cependant le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire, qu'il peut suppléer.

6° La perte simultanée du sens musculaire et du sens de la vue produit conséquemment la paralysie des mouvements volontaires. (Commission nommée, M. Bérard, rapporteur.)

Séance du 27 décembre.

ÉTUDES SUR LES ALIMENTS ET SUR LES NUTRIMENTS. — NOUVELLE MÉTHODE POUR LES MALADES DONT L'ESTOMAC NE DIGÈRE POINT. — M. Lucien Corvisart lit sous ce titre les conclusions d'un volumineux mémoire qu'il dépose sur le bureau.

L'aliment n'est qu'une substance brute qui laisse périr d'inanition celui qui ne digère point; de même que l'œuf brut reçoit tout à coup par la fécondation l'aptitude à faire un nouvel être, l'aliment brut, par la digestion, acquiert tout à coup une aptitude à nourrir ou, si l'on veut, à faire vivre.

Lorsqu'il a acquis cette propriété élevée, je l'appelle *nutriment*.

Le nutriment a par lui-même la propriété de nourrir même celui qui ne digère pas.

L'albuminose est un nutriment; mais il est loin d'être le seul.

Il y a plusieurs nutriments azotés; il y a plusieurs manières de faire des nutriments azotés; plusieurs sortes de nutriments azotés sont aussi nécessaires pour faire vivre que plusieurs aliments azotés, et par la même raison.

On reconnaît un nutriment à ce qu'il agit à la manière des substances digérées quand on l'introduit dans la profondeur des tissus, quoiqu'on ne lui permette pas de toucher les organes digestifs.

Toute substance soluble qui n'est pas utilisable par l'économie et qui y pénètre est rejetée par les sécrétions (surtout l'urinaire): ainsi des poisons, des médicaments; ainsi des aliments bruts.

Toute substance utilisable, comme est le nutriment, est retenue, utilisée et n'est pas rejetée par les urines.

L'injection dans les veines d'un animal, pourvu qu'on observe nombre de précautions opératoires, permet de reconnaître à l'instant un aliment d'un nutriment.

Ni les caractères physiques, comme croyait Spallanzani; ni les caractères chimiques, comme il résulterait des travaux de M. Mialhe, ne peuvent faire reconnaître un nutriment: le caractère physiologique ou organoleptique seul est irréfragable.

On a prouvé qu'un seul aliment ne peut suffire à l'entretien de la vie, c'est parce qu'il ne fournit qu'un seul nutriment.

De même qu'il faut associer les aliments dans l'alimentation, il faut associer les nutriments dans la nutrimentation des malades dont l'estomac ne digère point.

La méthode nutritive paraît à M. Corvisart utile dans les vomissements, la diarrhée, l'anorexie, etc.; une de ses prises nutrimentives suffit pour opérer la digestion des aliments et ranimer l'appétit.

D'ailleurs, l'auteur indique un excellent moyen d'appréciation de sa méthode, c'est d'habituer sans fatigue l'estomac à agir sans secours et naturellement, de faire un repas sans prise ou quillerée nutrimentive, et l'autre avec sa méthode, cas où l'on s'éclaire bien vite sur la valeur de celle-ci.

DE L'ALIMENTATION INSUFFISANTE. — M. Bouchardat lit un rapport sur un mémoire de M. Mouriès, ayant pour titre: *Note pour servir à l'histoire de l'alimentation insuffisante.*

L'auteur aborde, dans ce mémoire, les questions les plus diverses et les plus intéressantes qui se rapportent au rôle du phosphate de chaux dans la nutrition des animaux, et à l'influence que l'emploi bien entendu de ce sel peut exercer pour diminuer la fréquence des maladies et la mortalité des enfants dans les villes.

M. Mouriès, partant de ce principe, démontré par Chossat, vérifié et formulé par M. Boussingault, développé par M. Bérard, et aujourd'hui admis par tous les physiologistes, que l'alimentation est insuffisante quand les aliments ne contiennent pas assez de phosphate de chaux pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé, a cherché à établir que l'alimentation communément en usage dans les villes ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice. Il est arrivé indirectement, par l'examen des *excreta*, à fixer la quantité de phosphate de chaux qui doit être ingérée dans les 24 heures. En prenant le chiffre de 6 grammes par jour comme la dose nécessaire à l'entre-

tien de la santé, il est arrivé à prouver que dans bien des circonstances cette quantité ne se trouve pas dans les aliments des nourrices des villes; il a constaté que les urines des femmes à la campagne donnent 5 grammes de phosphate par jour, tandis qu'elle oscille de 1 gramme à 3 dans les villes. Il a cherché enfin si la ration journalière de la femme des villes renfermait les 6 grammes de phosphate de chaux qu'il croit nécessaire à la santé, et il est arrivé à formuler une insuffisance journalière de moitié environ.

Voici les conclusions qu'il déduit des expériences qu'il a exécutées et de la comparaison des faits que la science possède :

1° Le phosphate de chaux joue chez les animaux un rôle plus important qu'on ne le pensait jusqu'à ce jour. Indépendamment de son influence sur la production du système osseux, ce sel agit en entretenant l'irritabilité, sans laquelle il n'y a ni assimilation, ni conséquemment nutrition; aussi son insuffisance très-accusée produit-elle la mort avec tous les symptômes de l'inanition, tandis qu'une insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques.

2° L'alimentation des villes est insuffisante sous ce rapport. Le lait des femmes a conséquemment le même défaut, et l'enfant comme le fœtus souffrent de l'absence de cet élément indispensable à leur vie et à leur développement. De là une des principales causes de l'énorme accroissement du chiffre des mort-nés et de celui de la mortalité des enfants dans les villes.

3° L'addition de ce sel uni à une matière animale complète les aliments, et prévient les maladies et la mort qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate des os.

M. le rapporteur, tout en considérant ces résultats comme insuffisants pour juger une question aussi grave, pense néanmoins qu'ils méritent de fixer l'attention. Il propose, en conséquence, de remercier l'auteur de son intéressante communication et de l'engager à poursuivre des recherches auxquelles l'Académie prend un grand intérêt.

M. Londe considère comme un peu absolue la détermination de 6 grammes de phosphate de chaux considérés comme nécessaires pour l'entretien de la vie. D'après les expériences faites sur de jeunes animaux, il paraîtrait d'ailleurs que les aliments phosphatés seraient beaucoup plus utiles dans l'enfance que dans l'âge adulte et la vieillesse.

M. Bouchardat fait remarquer que la quantité de phosphate de chaux évaluée à 6 grammes est relative à l'âge adulte, aux nourrices, et non aux enfants. Ce chiffre est du reste un peu arbitraire; les observations ne sont pas encore suffisantes pour le fixer d'une manière définitive.

M. Moreau. M. Bouchardat a énoncé d'une manière générale que le lait des nourrices de la campagne contient plus de phosphate de chaux que celui des nourrices des villes; mais il n'est pas dit sur quelle classe de nourrices ont porté ces recherches. Il y a à Paris des nourrices placées dans des conditions d'hygiène et de bien-être bien différentes. Si c'est sur des nourrices de la classe pauvre, par exemple, qu'ont été faites les expériences, il est évident qu'on a eu affaire à des nourrices qui ne sont pas dans les conditions de santé ordinaires. Il doit en être tout autrement des nourrices de la classe aisée. Enfin, on n'a pas tenu compte non plus des changements qui doivent survenir chez les nourrices de la campagne qui viennent à Paris pour être nourrices sur lieu, et qui sont soumises à un changement complet de régime et d'alimentation.

M. Bouchardat. M. Moreau sait combien est difficile le rôle de rapporteur. Pour résoudre toutes les questions qu'il vient de poser, il aurait fallu faire des expériences qui auraient demandé plusieurs années. Le rapporteur a dû se borner ici à contrôler les faits énoncés par M. Mouriès, sans aller au delà. Or, les expériences de M. Mouriès reposent sur trois ordres de preuves : sur l'analyse du lait, sur l'analyse des urines et sur l'observation clinique. Envisagées d'une manière générale, ses propositions sont vraies. Il y a plus de sels de chaux dans les substances dont se compose l'alimentation des femmes de la campagne que dans celles qui entrent dans l'alimentation des femmes des villes.

M. Depaul ne conteste pas la valeur des analyses chimiques, il les accepte; mais il ne croit pas qu'on puisse accepter aussi facilement les résultats de l'expérience clinique. Quelles sont les preuves de l'efficacité du traitement par le phosphate de chaux appliqué aux nourrices de Paris? L'auteur rapporte quelques observations; mais quelles sont les nourrices sur lesquelles ces expériences ont été faites? C'est ce que l'on ne dit ni dans le mémoire, ni dans le rapport. Je suis porté à croire, avec M. Moreau, que les nourrices sur lieu, à Paris, sont dans des conditions meilleures que les nourrices de la cam-

pagne. Il y a là des conditions particulières qui échappent à l'analyse chimique, et que tous les praticiens savent très-bien apprécier. Il y aurait, par conséquent, des réserves à faire sur les conséquences pratiques à déduire des recherches de M. Mouriès.

M. Bouchardat accepte parfaitement les observations de MM. Moreau et Depaul. Sans doute, il faut tenir compte des données de l'expérience, et, pour son compte, s'il avait à choisir une nourrice, il s'informerait des antécédents et des conditions générales de santé et d'existence. Mais est-ce une raison pour rejeter la lumière que peut fournir la chimie? Il y a là une voie nouvelle d'expérimentation qui mérite d'être encouragée, et, bien que les expériences de M. Mouriès ne soient pas encore suffisantes pour justifier les conclusions, elles n'en méritent pas moins les encouragements de l'Académie.

M. Caventou approuve beaucoup les réserves du rapporteur. Les résultats des expériences ne sont pas suffisants encore pour légitimer des conclusions. On n'a considéré d'ailleurs dans ces expériences que ce qui peut résulter de l'ingestion du phosphate de chaux sur la composition des os, mais on n'a pas tenu compte des autres éléments, et, sans parler des éléments organiques, on ne s'est nullement occupé, par exemple, du carbonate de chaux. Il regrette cette lacune dans les expériences de M. Mouriès.

M. Gibert n'accepte pas l'intervention de la chimie dans les questions de cette nature. Il y a un véritable danger à résoudre des questions aussi complexes par la chimie seulement. L'expérience journalière dépose contre les conclusions des expériences chimiques. Les meilleures nourrices sont celles qui nourrissent sur lieu; or, on ne leur donne pas de phosphate de chaux. On ne trouve ni dans le mémoire de M. Mouriès, ni dans le rapport de M. Bouchardat aucune preuve à l'appui des propositions qui y sont avancées. M. Gibert demande que les conclusions du rapport soient modifiées en ce sens qu'il faudrait engager M. Mouriès à tenir compte à l'avenir, dans ses expériences, de tous les éléments complexes de la question.

M. Bouchardat ne voit de danger que dans l'ignorance. (M. Gilbert. Et plus encore dans la fausse science). Quant aux preuves que M. Gibert se plaint de ne point trouver dans le travail de M. Mouriès, elles s'y trouvent en réalité, et elles sont très positives.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Académie royale de médecine de Belgique.

Séance du 31 décembre.

M. le ministre de l'intérieur transmet les observations qui lui ont été présentées par la commission médicale de la province de Limbourg, sur l'avant-projet de loi relatif à l'exercice de l'art de guérir. — Ce document a été communiqué à la commission de législation.

MM. Thiry, Heuze, Husson, Warlomont et Vanden Broeck remercient la compagnie de les avoir associés à ses travaux avec le titre de correspondant, et déclarent adhérer à la résolution académique complétive de l'art. 6 du règlement.

En conséquence, M. le président les proclame membres correspondants de l'Académie.

M. le président donne successivement communication :

1° D'une lettre de M. le docteur Crocq, dont, à la demande de M. Graux, il sera donné une nouvelle lecture à la prochaine séance.

2° D'une lettre par laquelle M. J. Dupont, médecin vétérinaire à Malines, se fait connaître comme l'auteur du mémoire sur la pleuropneumonie exsudative auquel l'Académie a accordé une médaille d'encouragement dans sa dernière séance. — L'ouverture du billet cacheté annexé au mémoire ayant été faite, M. le président déclare que M. Dupont recevra la récompense qui lui a été votée.

3° D'une lettre de M. le docteur Sweron, par laquelle il exprime le désir d'obtenir le titre de membre correspondant.

La compagnie a reçu :

De M. le docteur Putegnat, de Lunéville, un travail intitulé : « *La syphilis constitutionnelle doit-elle être considérée comme cause de la scrofule et du rachitisme.* » — Renvoi à une commission composée de MM. Lombard et Didot.

De M. le docteur Mazade, d'Anduze, une communication manuscrite ayant pour titre : « *Recherches sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.* » Renvoi à l'examen de MM. Tallois et Lequime.

M. le docteur Dechambre, membre correspondant, demande de recevoir les publications de l'Académie en échange d'un nouveau recueil hebdomadaire de médecine qui va être publié sous sa direction

et dont le premier numéro a paru. — L'échange est admis.

M. de Tollenaere, pharmacien à Haringhe, transmet des observations relatives à l'avant-projet de loi sur l'exercice de la médecine. — Elles sont renvoyées à la commission de législation.

MM. les docteurs Foucart, Sweron, Lima Leitao, Guislain, Dechambre, et M. Xav. Heuschling font hommage à l'Académie d'ouvrages imprimés dont les titres seront donnés dans le compte-rendu des travaux de la séance.

M. le président, avant d'aborder l'ordre du jour, fait connaître, au nom de M. Devaux, membre de la Chambre des Représentants, que plusieurs personnes notables de Bruges ont pris l'initiative pour faire élever un monument à la mémoire de feu M. de Mersseman, membre de l'Académie, et dépose sur le bureau une liste de souscription, déjà revêtue d'un grand nombre de signatures.

M. Seutin fait à cet égard une proposition qui sera discutée dans la séance prochaine.

M. Bellefroid demande que le bureau fasse imprimer le rapport de la commission de législation sur l'avant-projet de loi relatif à l'art de guérir, aussitôt qu'il sera terminé, afin de le discuter à la prochaine séance.

M. le président proposera au bureau l'impression de ce rapport dès que la commission aura achevé sa tâche, qui est près de finir, afin que la discussion puisse avoir lieu très-prochainement.

M. Vleminckx donne lecture d'une note sur *la suppression des salles de galeux dans les hôpitaux militaires.*

Cette communication soulève une discussion à laquelle prennent part MM. de Hemptinne, Seutin, Vanden Broeck et Vleminckx.

M. Graux communique un mémoire sur le choléra-morbus asiatique dont il donne le résumé analytique.

MM. Lequime, Lebeau, Seutin, Vleminckx, Stas, Daumerie, Vanden Broeck, Thiernesse et Graux sont entendus sur cette communication. La discussion sera continuée à la prochaine séance.

M. Seutin dépose une proposition tendant à faire nommer une commission qui serait chargée d'appliquer dans toute son étendue le traitement employé en Russie contre le choléra, et dont M. Everard a entretenu l'Académie dans la dernière séance.

L'Académie n'étant pas en nombre pour délibérer, cette proposition ne peut être mise aux voix.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Séance du 5 décembre 1853.

Président : M. DIEUDONNÉ.
Secrétaire : M. CROCQ.

Sont présents : MM. Dieudonné, Crocq, Pigeolet, Henriette, Martin, Daumerie, Koepl, Gripekoven, Joly, Rieken, Thiry et Delstanche.

M. A. Uytterhoeven, membre honoraire, assiste à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. les docteurs Vaust, de Liége; Lesoille, de Rebecq-Rognon; Vandeloo, de Venloo; et Maximilien Heine, de Saint-Pétersbourg, accusent réception de leur diplôme, et remercient la Société de la distinction qu'elle leur a accordée.

M. Wenzel Gruber, prosecteur à l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, adresse à la Société deux ouvrages imprimés qui sont renvoyés à l'examen de M. Koepl.

Ouvrages présentés :

1. *Relazione del Congresso scientifico francese tenutosi in Arras nell'Agosto* 1853; per B. Bertini. Turin, 1853. In-8o.

2. *Abhandlungen aus der menschligen und vergleichenden Anatomie*; von Dr Wenzel Gruber. St.-Petersburg, 1852. In-4o.

3. *Beschreibung zweier neuen Bänder am Schädel des Menschen*; von Dr Wenzel Gruber. In-8o.

4 à 30. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

M. CROCQ fait son rapport au nom de la commission chargée d'examiner les questions à poser au concours pour les sciences naturelles et pharmaceutiques.

M. VAN DEN CORPUT a proposé les cinq questions suivantes :

« Quels sont les services qui ont été rendus aux sciences ou à l'humanité par des pharmaciens belges? »

« Faire connaître les différents moyens qui ont été proposés pour constater les empoisonnements par les bases organiques végétales et discuter leur valeur au point de vue chimique en indiquant la marche la plus rationnelle à suivre. »

« Indiquer un procédé simple et pratique pour déterminer le degré de pureté de l'air atmosphérique au point de vue de l'hygiène domestique et de la salubrité publique. »

« Différentes analyses de la racine du *Smilax sarsaparilla* ont été faites par Ca-

nobio, Pfaff, V. Rose, Berzélius, Palotta, Folchi, Planche, Dulk, Batka, Thubeuf et Poggiale, mais aucun de ces travaux n'est complet et ne satisfait aux exigences actuelles de la science; on demande de donner une analyse quantitative exacte de ce médicament, en décrivant les caractères et les propriétés physiques et chimiques des différents principes obtenus et en rapportant le mode suivi dans les opérations. »

« Énumérer quels sont les produits chimiques et médicamenteux qui éprouvent quelque altération sous l'action de la lumière solaire; donner une explication rationnelle de ce phénomène et chercher quelles sont les modifications tant physiques que chimiques, que chacune de ces substances peut subir sous l'influence de cet agent. »

M. Bougard a proposé la question suivante :

« Déterminer les modifications que subissent les aliments avant d'être propres à l'assimilation organique. Comment se fait cette assimilation dans les différents tissus, ou par quel mécanisme s'effectue la nutrition dans les différents tissus ? »

« Quelles sont les conditions d'alimentation les plus favorables à l'accomplissement régulier de cette importante fonction? A quelles conséquences entraîne le défaut de réunion de ces conditions ? »

La Société décide que la question relative à la recherche des bases organiques dans les empoisonnements sera mise au concours et que la 4me question, également du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques sera laissée au choix des concurrents. (Voir plus loin aux variétés le programme du concours).

M. Henriette demande si la Société ne pourrait pas poser une question relative à un objet sur lequel M. A. Uytterhoeven a appelé son attention. Il s'agit de savoir si l'on ne pourrait pas tirer parti, pour l'alimentation des classes nécessiteuses, des viandes salées qui arrivent de la Plata, et qui pourraient être livrées à des prix très-réduits. L'importance de cette question est surtout mise en relief par la disette qui règne actuellement.

M. A. Uytterhoeven. On a voulu fournir au conseil des hospices de ces viandes venant de la Plata; mais avant de les utiliser, avant d'émettre sur leur usage un avis favorable, il faut les connaître.

M. Crocq. Cet objet est en effet très-important; mais pour avoir des recherches sérieuses, coordonnées, et faites en temps convenable, il faut que la Société elle-même s'en occupe, et charge une commission d'examiner la question. Je propose que M. A. Uytterhoeven fasse partie de cette commission.

M. Henriette. En mettant la question au concours, nous aurons des recherches pratiques, des expériences; si nous nommons une commission, nous n'aurons que des recherches théoriques, qui n'atteindront pas le but.

M. Dieudonné. La commission se livrera sans doute à des recherches et à des expériences.

M. Koepl demande si l'on saura se procurer de ces viandes.

M. A. Uytterhoeven. Il paraît qu'on en débite à Anvers.

M. Daumerie pense que la Société ne doit pas s'occuper de cette question, parce qu'elle est du ressort d'autres compagnies. Si le Gouvernement veut obtenir des renseignements sur la qualité et l'utilité de ces viandes, il s'adressera, non à la Société, mais au Conseil supérieur d'hygiène, et il ne tiendra pas compte de nos travaux, il n'y fera pas attention. D'autre part, ce conseil aura la part bien plus belle que nous pour faire des recherches, puisque le Gouvernement mettra tout à sa disposition.

M. A. Uytterhoeven. Le Gouvernement n'a ici rien à faire. C'est M. De Roubaix et moi qui avons demandé aux hospices de nous autoriser à faire ces essais. Nous avons cru que chez certains sujets, chez les scrofuleux surtout, cette viande forte et stimulante pourrait être utile. Nous aurons du reste tout à notre disposition pour nous livrer à ces recherches; car sans aucun doute, le Conseil des hospices nous autorisera à les faire dans ses établissements.

M. Delstanche. Depuis longtemps je fais un grand usage de ces viandes chez les scrofuleux et les phthisiques, et j'ai obtenu de bons résultats. Leur usage accroît le besoin de la soif; on le satisfait, et on ne tarde pas à voir l'appétit renaître ou augmenter. J'ai expérimenté l'emploi de cette viande sur moi-même et sur mes enfants, et je n'ai pas eu à m'en plaindre. Cette viande est commune; on la vend sous le nom de viande d'Anvers, à un prix inférieur à celui des autres viandes. Elle est très-rouge, très-salée, elle n'est pas cuite, et semble avoir été séchée au soleil.

M. Koepl. Avez-vous fait des expériences dans des établissements publics ?

M. Delstanche. Non.

M. Crocq. Contrairement à M. Daumerie, je pense que la Société doit s'occuper de cette question. Elle n'a pas à s'enquérir si le Gouvernement s'en occupe ou non;

dès qu'elle le croit utile et convenable, elle doit le faire. Du reste, l'hygiène est bien de notre compétence; la Société étant composée de médecins et de pharmaciens chimistes, est aussi bien à même de juger une question semblable que le Conseil supérieur d'hygiène.

M. Pigeolet. L'usage des viandes salées n'est nullement un fait nouveau; nos paysans salent leur viande, et au sel qu'ils emploient ils ajoutent du nitrate de potasse. Ce moyen a le même but que l'exposition à la chaleur du soleil : c'est de dessécher la viande afin de pouvoir la conserver très-longtemps. C'est la nourriture de nos marins dans les voyages de long cours, et l'usage en était bien plus répandu encore avant l'adoption de la navigation à vapeur.

Les expériences qu'on vous propose de faire, ont déjà été faites en partie depuis bien longtemps; il y a une masse de faits qui permettent de résoudre en partie la question. L'usage exclusif de ces viandes doit donner lieu à des altérations particulières du sang, par exemple à celle qui constitue le scorbut. Je crois donc qu'on peut s'en nourrir, surtout si on ne les emploie pas exclusivement; mais à moins de les utiliser pour combattre certaines modifications de l'organisme, certains principes morbides, je ne pense pas qu'on puisse en faire usage dans nos hôpitaux. Je le pense d'autant moins que nous avons principalement à traiter des maladies aiguës; les scrofuleux eux-mêmes n'entrent pas à l'hôpital pour leur maladie constitutionnelle, mais pour des complications qui présentent un certain caractère d'acuité. Ces aliments ne pourraient donc être utilisés que pour les convalescents, et je doute qu'on puisse en faire un usage bien étendu.

Il y a là des points sur lesquels on peut instituer des recherches; mais il en est un que nous pouvons résoudre dès aujourd'hui : Jusqu'à quel point une personne en bonne santé peut-elle sans inconvénients faire usage de viandes salées et séchées, en les unissant aux viandes fraîches et aux légumes? Sans doute il y aurait des recherches chimiques à instituer, pour savoir s'il n'y a pas des modifications de composition, si tous les principes de la viande fraîche se retrouvent dans la viande salée. Il y aurait ensuite à déterminer dans quelles proportions on pourrait employer celle-ci dans les maladies. Cette discussion offrirait un intérêt d'actualité, seulement dans les cas où le prix de ces viandes serait de beaucoup inférieur à celui des autres, et surtout des viandes fraîches. Je crois donc, la question, envisagée sous ce point de vue, étant neuve, qu'il faudrait charger une commission de préparer un travail préliminaire sur lequel une discussion pût s'engager.

M. Dieudonné. M. Pigeolet a aborbé le fond de la question; nous devons aujourd'hui nous borner à examiner si elle sera mise au concours, ou renvoyée à une commission.

M. Henriette. Justement, je voulais faire remarquer ce que M. le président vient de relever, c'est-à-dire que M. Pigeolet abordait le fond de la question, dont il ne s'agit pas dans la discussion. Toutefois, par les développements qu'il y a donnés, il a démontré l'importance du sujet sur lequel M. Uytterhoeven a appelé notre attention. Je dois protester contre cette assertion de M. Pigeolet, que dans nos hôpitaux on ne traite que des maladies aiguës. On y voit généralement des scrofuleux, des rachitiques, des phthisiques; s'il fallait les exclure, les hôpitaux seraient bientôt déserts. J'ai beaucoup fréquenté les hôpitaux, et je puis assurer que la plupart des malades qui y sont reçus, appartiennent à la catégorie des scrofuleux; M. Pigeolet ne dira pas le contraire. Or, quand les maladies aiguës sont combattues, il faut, dans ces cas, recourir à un régime anti-scrofuleux. Les viandes dont il est question, pourraient donc peut-être convenir.

M. A. Uytterhoeven. M. Pigeolet n'est pas resté dans la question telle que je l'ai soulevée. Il ne s'agit pas ici de savoir si la viande salée est préférable à la viande fraîche; il s'agit de toute autre chose. La plus grande partie de la population manque de viande fraiche. Il faut examiner si le supplément de viande que nous pouvons recevoir de l'Amérique, pourrait être utilisé pour l'alimentation de cette partie de la population. Il est évident que, si l'on supprimait les droits d'entrée, cette viande, déjà moins chère que les nôtres, le deviendrait bien moins encore. Je crois en conséquence que la Société doit envisager cette question non-seulement par son côté hygiénique et médical, mais aussi par son côté économique. Nous sommes tous d'accord sans doute que mieux vaut manger de la viande fraîche que de la viande salée; mais il vaut encore mieux manger de la viande salée que mourir de faim.

M. Dieudonné pense que la Société est suffisamment éclairée, et qu'elle peut procéder au vote.

La Société décide que cette question sera renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres. Sont nommés membres de cette Commission : MM. André

Uytterhoeven, Joly, Henriette, Thiry et Van den Corput.

L'ordre du jour appelle la fin de la discussion sur la contagiosité des accidents secondaires de la syphilis.

M. Dieudonné lit un discours envoyé par M. Bougard. La Société prononce ensuite la clôture de la discussion.

M. Henriette demande qu'il soit statué sur sa proposition, conçue en ces termes :

« Dans l'état actuel de la science, en » tenant compte des faits de contagiosité » des accidents secondaires de la syphilis » rapportés par quelques médecins, mais » qui ne lui paraissent pas concluants, la » majorité des membres de la Société des » sciences médicales et naturelles estime » que la syphilis arrivée à la période dite » secondaire, ne jouit plus de la faculté de » se communiquer par voie de contagion » directe. »

MM. Martin et Joly pensent qu'on ne peut pas trancher par un vote une question de science.

M. Thiry. Ce n'est pas seulement ici une question de science : c'est une question d'humanité, d'utilité publique. Le vote que la Société émettra sur cette question aura une grande influence, tant pour elle que pour la science. Ce que nous allons faire ici, ce n'est pas décider une question scientifique par un vote, c'est uniquement faire connaître au public l'opinion de la majorité des membres de la Société, c'est donner un appui moral à ceux qui expérimentent, à ceux qui veulent, non pas travailler des discours dans leur cabinet, mais recourir aux sources de l'observation. Sans ce vote, qui la couronnera, cette longue discussion n'aura porté aucun fruit, elle n'aura amené aucun résultat, elle aura été entamée en pure perte. La Société doit au public, elle se doit à elle-même de faire connaître son opinion sur cette question si importante; elle peut le faire sans s'exposer au reproche de trancher par un vote des questions scientifiques.

M. Dieudonné appuie l'opinion de M. Thiry.

La prise en considération de la proposition de M. Henriette est mise aux voix et rejetée.

La séance est levée à huit heures. »

IV. VARIÉTÉS.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Programme des Questions proposées pour le Concours de 1855.

Première question. Faire l'histoire des préparations d'argent, décrire leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et déterminer quelles sont celles qui doivent obtenir la préférence.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Deuxième question. Faire connaître les différents moyens qui ont été proposés pour constater les empoisonnements par les bases végétales, et discuter leur valeur au point de vue chimique, en indiquant la marche la plus rationnelle à suivre.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Troisième question. Cette question est laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements).

La Société croit devoir signaler à l'attention des concurrents les rapports entre le pouls et la respiration dans les maladies ; la métallothérapie ; et la question de l'hérédité dans les maladies diathésiques.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Quatrième question. Cette question, laissée au choix des concurrents, devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Conditions du Concours.

Les membres titulaires et les membres honoraires de la Société résidant à Bruxelles ou dans la banlieue, sont seuls exclus du concours.

Les mémoires devront être écrits lisiblement en français, en latin, en allemand ou en hollandais, et être remis (franco) avant le 1er mars 1855, à M. le docteur Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois Sauvage, 14.

Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté, contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur, et portant sur l'enveloppe la devise ou épigraphe placée en tête du mémoire.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, et ceux qui parviendraient au

secrétariat après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Arrêté en séance du 5 décembre 1853.

Le Secrétaire, Dr J. Crocq. *Le Président,* Dr Dieudonné.

La Société croit devoir rappeler ici les questions qu'elle a proposées le 6 septembre 1852 pour les deux prix fondés par M. Delstanche.

Première question. Faire l'histoire de la surdité nerveuse et indiquer les moyens de la guérir.

Les auteurs devront indiquer une méthode de traiter *efficacement* la surdité nerveuse, et en démontrer la valeur par des observations concluantes.

Le prix sera de mille francs.

Deuxième question. Traiter un sujet quelconque du domaine de la pathologie des organes auditifs, de façon à y réaliser un progrès.

La Société donnera la préférence aux mémoires qui auront surtout en vue la thérapeutique.

Le prix sera de 300 francs.

Les conditions de ce concours sont les mêmes que celles du concours précédent; seulement les mémoires devront être remis chez le secrétaire avant le 1er mars 1854.

Remède contre le mal de dents. — Un praticien américain indique comme spécifique tout puissant contre la rage de dents, la dissolution de gomme copal dans le chloroforme; on lave la carie et l'on y introduit une petite boule de coton trempée dans la solution : la douleur disparaît comme par enchantement. (*Cosmos.*)

Influence de la peur sur la sécrétion de la salive. — On a recours, dans les Indes, pour reconnaître les coupables, à une épreuve qui met très-bien en évidence l'influence de la peur sur la production de la salive. Lorsqu'un méfait a été commis dans un atelier, on réunit dans une même salle toutes les personnes suspectes et on leur fait mâcher pendant quelques instants une certaine quantité de riz ; or, l'on est assuré d'avance que le coupable rendra son riz entièrement sec, la peur ayant pour effet nécessaire de supprimer la sécrétion de la salive. (*Ibid.*)

Omission dans le tableau des membres de la Société. — Dans la liste des membres correspondants régnicoles a été omis par erreur le nom de M. J. Lameire, docteur en médecine, à Avelghem (Flandre occidentale), dont le diplôme est en date du 5 août 1844.

M. le commandeur Manfrè, professeur de clinique médicale à l'Université de Naples, se trouvait, il y a peu de jours, à Bruxelles, chargé par le gouvernement du royaume des Deux-Siciles de visiter les hôpitaux et les institutions sanitaires de la Belgique. Après avoir visité les hôpitaux civils et militaires de Bruxelles, il s'est montré fort satisfait et a reconnu que ces institutions, dans les améliorations et les perfectionnements qu'elles ont subis, sont celles qui se rapprochent le plus des institutions analogues du royaume de Naples. L'honorable et savant docteur Manfrè a été reçu en audience particulière par le Roi, et la Société des Sciences médicales et naturelles lui a conféré le titre de membre correspondant.

L'Académie de médecine va discuter le projet de loi sur l'exercice de l'art de guérir. Nous reproduirons cette discussion.

NÉCROLOGIE.

Le Nestor des médecins de Bruxelles, M. J. F. Verbruggen, licencié en médecine, diplomé à Louvain en 1791, ancien médecin du Grand Hospice, est mort le 24 décembre dernier, à l'âge de 90 ans.

— Le 8 janvier est mort à Bruxelles, M. le docteur P. G. Puttemans, un des plus honorables praticiens de la capitale et qui avait su se concilier l'estime et l'amitié de tous ses collègues. M. le docteur Joly a dit sur sa tombe : « Passionné pour son art, dévoué à l'humanité et au corps médical, il s'empressa toujours d'employer son temps pour l'un, sa bourse et son crédit pour l'autre; toute idée généreuse, tendant à augmenter la dignité et la considération du corps médical, était chaudement adoptée par lui. » Nous n'ajouterons rien à cet éloge.

— Le 19 janvier est mort, à l'âge de 60 ans, M. le docteur Fl. P. A. J. Helin, dit Colson, de Perwez, auquel la Société avait décerné, au concours de 1847, une médaille d'honneur pour son *Essai sur la topographie médicale du canton de Perwez,* ainsi que le titre de membre correspondant.

— M. Laugier, docteur en médecine, ancien médecin en chef des hôpitaux civils de Toulon, vient de mourir en cette ville.

— M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine française, est mort inopinément le 7 janvier.

— M. le docteur James Gillkrest, inspecteur général des hôpitaux militaires de l'Angleterre, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, vient de mourir à l'âge de 63 ans. Il a publié plusieurs ouvrages, dont un, fort estimé, sur la fièvre jaune.



JOURNAL DE MÉDECINE.

(MARS 1854.)

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

TRAITÉ PRATIQUE DES HYDROPISIES DES GRANDES CAVITÉS CLOSES; *par* M. LERICHE, *docteur en médecine, à Lyon.* (*Suite. Voir notre cahier de février*, p. 132.)

DES INJECTIONS IRRITANTES DANS LES GRANDES CAVITÉS CLOSES.

L'idée primitive de traiter les ascites par les injections irritantes semble appartenir à Brenner. Pour fortifier, disait-il, les viscères, il conseilla un mélange d'eau-de-vie camphrée, d'aloès et de myrrhe. Warrick se servit des eaux de Bristol et guérit son malade. Plus tard, on fit des injections avec du vin rouge et l'eau de goudron, mais sans résultat.

Broussais invoqua les vapeurs de vin. M. Lhomme tenta le même moyen sur un malade qui avait déjà subi plusieurs fois la ponction et réussit au delà de ses espérances. M. Bretonneau, en 1819, dans le but d'éclairer la question, fit quelques expériences sur des chiens. Il injecta de l'eau pure, de l'eau mêlée avec de l'eau-de-vie, de l'eau chargée avec du muriate de soude; mais nulle inflammation ne put être obtenue chez ces animaux, et toutes les matières injectées furent absorbées au bout de quelques jours. M. Van Roosbroeck, de Louvain, qui avait été frappé de l'action éminemment diurétique et sudorifique du gaz oxydule d'azote, l'injecta dans le ventre des hydropiques après la ponction. Broussais a tenté ce moyen sans succès.

La question, à cette époque, n'était pas, selon nous, dans la possibilité de guérir les hydropisies par des injections; il y avait dans la science une surabondance de faits qui venaient prouver cette impossibilité. Ce qu'il fallait, c'était de trouver un agent qui ne produisît qu'une inflammation spéciale, ou, du moins, qui n'exposât pas à des inflammations suppuratives et qui, d'un autre côté, fût assez actif pour produire des adhérences; or nous trouvons que les expériences tentées par M. Bretonneau n'avaient rien produit de semblable. Peut-être pourrait-on considérer les injections d'oxydule d'azote comme jouissant de ces propriétés; mais la difficulté inhérente à l'emploi de ce moyen l'a fait laisser de côté. A l'exemple de ce qui se passe dans le traitement de l'hydrocèle par le vin, on a tenté d'en injecter dans l'abdomen; quelques résultats heureux sont venus confirmer les espérances qu'on en avait conçues. D'un autre côté,

de même qu'il produit quelquefois des inflammations suppuratives dans le scrotum, il en a produit dans l'abdomen, ce qui a fait rejeter cette pratique. Il fallait donc, selon l'expression de M. Velpeau, faire naître dans les cavités closes affectées d'épanchement, une irritation qui fût toujours adhésive et qui ne devînt jamais purulente; aussi pensons-nous devoir rapporter les considérations que donne cet illustre chirurgien à propos des inflammations adhésives. Le travail organique, connu sous le nom d'inflammation adhésive, est en quelque sorte propre au tissu cellulaire. Partout où il existe seul, il est suivi de la connexion indélébile des deux lames voisines qui en ont été le siége; il précède, il entoure généralement les inflammations purulentes et marche pour ainsi dire au-devant d'elles en essayant sans cesse de les restreindre, de les circonscrire, d'en prévenir les couches ambiantes. C'est, en un mot, un travail protecteur, un effort qui tend à retenir, dans un espace aussi limité que possible, les matières hétérogènes qui se développent entre les tissus... Or, cette phlegmasie se développe et se complaît d'autant mieux dans les cavités closes, que ces cavités ont des parois plus lisses, plus complétement séreuses. Là, comme dans le tissu cellulaire, elle fait que les parois opposées, ramenées au contact, se collent, s'unissent, reviennent à leur état embryonnaire en quelque sorte, et que la cavité s'efface absolument. L'inflammation adhésive, purement adhésive, est par conséquent ce qu'il y a de plus rationnel à désirer en présence d'une hydropisie.

C'était donc à des agents plus inoffensifs que ceux qu'on avait employés jusque-là que nous nous sommes adressé. La teinture d'iode étendue d'eau nous parut remplir toutes ces conditions.

Des proportions à observer dans le mélange qui sert à l'injection iodée.

Lorsqu'on a commencé à se servir de la teinture d'iode pour guérir certaines collections séreuses, on s'est contenté de faire un mélange d'eau et d'iode dans la proportion d'un tiers; mais il y avait à cela un inconvénient, c'était la tendance qu'avait l'iode à se précipiter, et dans nos expériences cela pouvait avoir un résultat fâcheux, car nous ne pensons pas qu'on puisse impunément mettre en contact l'iode, qui a une vertu caustique, avec la membrane séreuse du ventre. A l'exemple de M. Darcet, nous y avons ajouté une certaine quantité d'iodure de potassium qui maintient parfaitement la transparence du liquide.

M. Velpeau, dans ses essais sur les chiens, pose comme base les proportions suivantes : jusqu'à la proportion d'un cinquième, l'injection iodée provoque la mort des animaux par excès d'inflammation. La conséquence toute simple à tirer de ce premier fait, c'est que dans le péritoine, il ne faut se servir de l'eau iodée qu'au septième, au huitième, au neuvième ou au dixième. Sur les animaux, cela peut être vrai ; mais sur l'homme il n'en est pas ainsi, et là encore, les faits sont venus démentir la théorie, car voici les proportions dont nous nous sommes servi :

Eau.	200	grammes.
Teinture d'iode. . .	32	—
Iodure de potassium. .	4	—

Quelques médecins ajoutent à ce mélange de l'alcool camphré ; nous ne savons vraiment pas dans quel but, car l'ayant tenté une fois, nous avons déterminé des douleurs très-vives sans autre résultat, ce qui nous a fait rejeter toute espèce de mélange de ce genre.

Des effets physiologiques des injections iodées dans les grandes cavités closes.

Lorsqu'on met de la teinture d'iode dans les grandes cavités séreuses, la première impression est une douleur assez vive, mais qui, en général, est de peu de durée; puis vient une chaleur douce qui, loin de tourmenter le malade, semble lui faire éprouver une sensation agréable.

Quelques heures après, le malade a dans la bouche un goût d'iode très-prononcé, l'haleine est manifestement très-imprégnée de cette odeur. La circulation nous a paru peu influencée par cet agent ; jamais nous n'avons vu le pouls s'élever au delà de l'état normal, ou du moins très-rarement. La sécrétion urinaire est en général augmentée dans les premières 48 heures, et, si l'on soumet les urines aux réactifs (solution d'amidon et de chlorure de chaux), on peut facilement y reconnaître la présence de l'iode qui, en général, persiste plusieurs jours ; nous en avons retrouvé huit jours après l'injection, bien que la sécrétion fût rentrée dans son état habituel.

Il est digne de remarque aussi que, dans les premières 24 heures, on reconnaît une espèce d'augmentation de volume dans l'abdomen. Deux causes, selon nous, contribuent à amener cet effet : 1° l'inflammation développée par l'injection ; 2° le retour à leur position normale des intestins qui avaient été refoulés en haut par le liquide.

Quelques malades ont accusé des coliques, qui ont toujours cédé à des moyens simples : cataplasmes de farine de lin, extrait d'opium pris en pilule le soir. Nous n'avons pas remarqué que l'injection iodée eût quelque influence sur les fonctions intestinales.

Deux fois, nous avons remarqué un coryza avec un écoulement séreux très-abondant et en même temps les conjectives étaient légèrement injectées ; ces divers phénomènes n'ont jamais nécessité l'emploi de moyens particuliers pour les faire disparaître ; le temps seul a suffi.

La cure radicale de l'ascite obtenue par le fait des injections irritantes dans l'abdomen peut faire naître, dans l'esprit du praticien, une crainte qui lui ferait rejeter ce moyen, c'est l'adhérence, la cohésion des parties entre elles ; mais l'expérience, le temps aidant, a démontré la vérité de la théorie et en même temps a fait voir que peu à peu les fonctions se rétablissent, les organes reprennent leurs fonctions et leurs mouvements habituels.

Bien plus, dit M. Velpeau, c'est qu'une cavité close ayant été détruite par la soudure de ses parois, elle finira par se reproduire, au moins en partie, si les organes voisins jouissent habituellement d'une grande mobilité, s'il leur est possible de continuer leur mouvement. Ce dernier phénomène est des plus curieux et n'avait point encore été mentionné ; je l'ai constaté aujourd'hui pour les cavités closes, j'ai vu des phlegmasies de la plèvre, des phlegmasies du

péritoine, amener des adhérences qui en agglutinaient largement les parois, et cependant ces parois se trouver libres au bout de quelques mois ou de quelques années, ne plus adhérer du moins que par quelques brides, quelques filaments celluleux.

La reproduction ou le rétablissement des cavités séreuses, ajoute le même auteur, est d'ailleurs tout à fait en rapport avec l'idée que j'ai donnée de leur fonction première et avec le mécanisme de celles qui s'établissent accidentellement. En effet, une fois leurs parois collées, elles apportent aux mouvements voisins une véritable gêne; l'organe mobile, ainsi troublé dans l'exercice de sa fonction, agit sans cesse contre l'obstacle, oblige les tissus à glisser, à frotter les uns contre les autres; la pression, le glissement étant mis en jeu, ramènent à une cavité close et la régularisent, si ce n'est exactement entre les mêmes lamelles, du moins vis-à-vis des mêmes points mobiles qu'autrefois.

Les mouvements organiques jouent un grand rôle dans les corps animés; c'est pourquoi les conditions organiques qui les rendent faciles sont si variées et si multipliées; tel est l'exemple que nous fournissent les intestins, car il y a pour ces organes un mouvement de dilatation et de rétraction dans le sens circulaire et dans le sens longitudinal, d'abord pour chaque point du tube. Il y a ensuite un mouvement de totalité ou de masse transmis d'une circonférence à l'autre, puis le tout est déplacé de haut en bas par l'action du diaphragme, si ce n'est d'avant en arrière ou de chaque côté par l'action des parois abdominales. Viennent enfin les mouvements déterminés par la pesanteur des viscères, par le battement et les secousses que leur impriment la marche et les divers déplacements du corps en totalité. S'il n'y avait point de cavité séreuse, si la surface des intestins se continuait avec les parois voisines, il est évident que ces mouvements ne pourraient s'effectuer et que les fonctions digestives seraient profondément altérées, si ce n'est complétement anéanties. Cependant, lorsque les cavités closes ont disparu par suite d'inflammations adhésives provoquées, les choses ne se passent pas ainsi, les malades éprouvent bien une espèce de gêne dans les mouvements, une raideur dans le ventre, mais il n'y a pas de troubles appréciables du côté des fonctions digestives, et peu à peu cette gêne ou plutôt cette corde, comme ils l'appellent, qui leur semble être tendue dans le ventre, s'assouplit et finit par disparaître. Ainsi donc, il n'y a pas encore, dans ce fait des adhérences, rien qui puisse arrêter pour mettre en usage les injections iodées.

DES ÉPANCHEMENTS DANS LES GRANDES SÉREUSES EN GÉNÉRAL.

Les épanchements, les collections de sérum, de sang, de pus, sont une des maladies ordinaires des cavités closes, surtout des cavités viscérales.

Quelle que soit la nature du liquide épanché, les cavités closes l'isolent de manière à le soustraire à la réaction du reste de l'organisme et des influences extérieures. Aussi ces liquides ne se décomposent pas dans des voies closes et hermétiquement fermées et ne subissent que des changements qui résultent des réactions chimiques de leurs molécules, surtout quand il n'existe point de travail organique autour d'eux. On sait que dans les autres tissus les choses se

passent autrement; le sérum infiltré dans ce cas est bientôt repris par les voies de l'absorption et disparaît généralement sans occasionner de réactions notables, tandis que, dans les cavités closes, les épanchements constituent une lésion qui peut subsister plusieurs années sans subir aucun changement et qui ne se dissipe que très-rarement d'une manière spontanée.

Comme nous l'avons déjà dit, le sérum épanché dans le tissu cellulaire n'exerce jamais sur lui aucune action malfaisante; aussi son infiltration, quelque considérable qu'on la suppose, ne produit-elle que fort rarement des inflammations notables; ce liquide étant le résultat d'une évolution naturelle, l'organisation réagit sur lui, sans effort, et le reprend sans qu'il en résulte aucun trouble.

Lorsqu'on a débarrassé, soit par l'incision sous-cutanée, soit par la ponction, une cavité close des matières qui s'y trouvaient accumulées, de sérum par exemple, la cavité qu'on vient de vider se remplit bientôt de nouveau chez la plupart des individus; si la collection est de formation récente, on peut quelquefois, exceptionnellement, en débarrasser le malade radicalement, par une simple ponction.

On le voit, le traitement des collections séreuses dans les grandes cavités closes, en se bornant à ces moyens, a besoin de quelque chose de mieux, car leur efficacité est fort limitée.

Il faut donc avoir recours à une méthode qui donne plus ; c'est pour cela que nous avons songé à appliquer à leur traitement les injections iodées, puisqu'elles produisent toujours une inflammation purement adhésive et amènent, sans inconvénient, la disparition de la cavité close malade.

De la nature des liquides épanchés.

Ici nous sentons encore le besoin de restreindre notre sujet. Ne voulant traiter absolument que des collections séreuses des grandes cavités closes, nous ne nous occuperons donc ni du sang, ni du pus épanchés dans ces réservoirs.

Les quantités du liquide séreux varient à l'infini depuis quelques onces jusqu'à des centaines de kilogrammes, selon que l'accumulation a lieu dans la poitrine ou dans l'abdomen.

La nature du sérum varie aussi selon des circonstances qu'il est difficile d'apprécier; tantôt vous trouvez un liquide louche, limpide, rougeâtre, tantôt légèrement teint en jaune ou vert, inodore ou d'une odeur aigre, se coagulant par la chaleur. Tels sont les caractères physiques et chimiques communs aux épanchements de la plèvre et du péritoine. Dans cette dernière membrane, il y a cette remarque à faire et qui est d'une grande importance, selon nous : c'est que lorsqu'il y a incertitude dans le diagnostic, si l'hydropisie est ou non enkystée, si le liquide fourni par la ponction est purement séreux, vous pouvez être certain que l'hydropisie n'est pas enkystée; mais le liquide est-il épais, gluant, et ne sort-il qu'avec une extrême difficulté, vous pouvez être certain d'avoir affaire à un kyste, soit que le liquide sorte du scrotum ou du ventre, car jamais dans la poitrine vous ne rencontrerez un liquide offrant ces qualités. Une au-

tre fois vous trouvez un liquide qui est roussâtre, c'est-à-dire qui ressemble à de l'eau dans laquelle on aurait lavé de la chair; il y a même des grumeaux, ou bien encore le liquide est brunâtre et participe par sa consistance de celui des hydropisies enkystées. Dans ce cas, vous pouvez être certain qu'il y a un corps étranger dans le ventre; cherchez et vous le trouverez.

Si nous nous appesantissons sur la nature des liquides qui s'écoulent lorsqu'on fait la paracenthèse ou la thoracenthèse, c'est que, comme nous l'avons démontré, il y a des indications précieuses pour le diagnostic de l'affection qu'on veut soigner.

Après avoir jeté un coup d'œil sur les séreuses en général, sur leurs fonctions et leurs divers états pathologiques, nous allons examiner en particulier chacune des grandes cavités closes, c'est-à-dire la plèvre et le péritoine. Si nous n'examinons pas les séreuses de la tête et du rachis c'est que jusqu'à présent l'observation ne nous a rien appris à leur égard; mais nous sommes profondément convaincu qu'on pourrait traiter sans danger l'hydrocéphale aiguë par les injections iodées. A la première occasion nous nous promettons bien de mettre cette méthode en pratique.

Du traitement de l'hydrothorax.

Avant d'entrer dans les détails qui font le sujet de ce travail, faisons connaître ce que nous entendons par thoracenthèse et les cas dans lesquels nous employons l'injection iodée.

Nous sommes convaincu, que si, en médecine comme en chirurgie, il y a eu des disputes si longues et souvent même regrettables, cela a tenu surtout au défaut de précision des mots dont on se servait pour exprimer sa pensée. C'est ainsi qu'en nous reportant à l'acception du mot empyème, nous verrons qu'il ne signifie nullement, comme on l'entend en général, une opération ayant pour but l'évacuation du pus de la poitrine, car en ne consultant que son étymologie (εν πυορ, pus dedans), on devrait l'appliquer à toutes les collections purulentes, comme on le trouve dans les anciens auteurs qui décrivent des empyèmes thoraciques, abdominaux, cérébraux, oculaires; plus tard le mot empyème s'appliqua non-seulement aux épanchements de pus dans la poitrine mais encore à ceux de sérosité, de sang, d'air, voire même à ceux de substances alimentaires, comme on le voit dans Boerhaave. Il nous semble qu'il serait plus rationnel et plus conforme au langage de nos jours, qui tend à se préciser, et comme l'a proposé M. Sédillot, de désigner chacun des épanchements par un mot propre, par exemple hémothorax, pneumothorax. Du reste, Hippocrate, ce grand maître de l'antiquité, n'entendait par le mot empyème que les épanchements de pus dans la poitrine.

En employant le mot thoracenthèse, nous n'entendons que l'opération qui consiste à faire une ouverture aux parois thoraciques pour donner issue à une production anormale contenue dans leur cavité. Lorsque nous proposons l'injection iodée à la suite de la thoracenthèse, nous entendons que cette opération a été faite pour donner issue aux produits de l'inflammation de la plèvre ou du

poumon. Cela expliqué, nous dirons que la thoracenthèse, appliquée dans ce cas, a subi, comme toutes les autres méthodes, des moments de faveur et de réprobation, selon que les médecins qui en faisaient usage avaient plus ou moins bien réussi dans son application, ou bien encore selon les idées théoriques prédominantes.

De nos jours, cette opération, sans être rejetée d'une manière absolue, n'est cependant employée qu'exceptionnellement malgré la recommandation du père de la médecine de la faire le plus promptement possible, et malgré Galien qui, nourri des idées des Grecs, voulait qu'on la pratiquât de bonne heure. Haly-Abbas, Cœlius-Aurélianus, la rejettent formellement; Alexandre de Tralles, Paul d'Égine n'en parlent pas; mais Benedetti, J. Vigo, A. Paré semblent se réunir pour la remettre en honneur et, cependant, ce n'est qu'à J. Fabrice, dans le 17e siècle, qu'il faut en rapporter tout le mérite.

Exemple. La conduite tenue par l'illustre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (Dupuytren) qui, après s'être décidé un moment à se faire opérer, s'y refusa ensuite, convaincu que l'opération ne pourrait que hâter sa mort ou du moins serait incapable de lui donner la vie, et à cette époque, cependant, les faits attestaient la possibilité de guérir, car Morand avait dit : « Dans les hôpitaux, » même où l'on nous soupçonne assez légèrement d'avoir plus de courage pour » les grandes entreprises, et moins d'égards pour les malades, on ne fait point » cette opération et je suis convaincu qu'il meurt quantité de gens dont un grand » nombre auraient été soulagés et plusieurs guéris par ce secours employé à » propos. Dans les dissections, ajoute-t-il, j'ai vu bon nombre d'individus qui » ne présentaient qu'une grande quantité de liquide dans la poitrine. »

Laënnec, en parlant de la thoracenthèse, dit : « Cette opération est beaucoup » moins grave qu'on ne le pense communément; son succès dépend moins de » l'état de la plèvre que de celui du poumon, et quand cet organe n'est pas » altéré trop profondément dans sa texture, l'opération doit presque toujours » réussir. »

Si d'un côté, on examine les opinions émises par Boyer et Lisfranc en faveur de l'opération et, de l'autre, les opinions défavorables de Chomel et de Dupuytren, on trouvera qu'il y a une dissidence plutôt apparente que réelle; car tous reconnaissent la nécessité de l'opération. Seulement les uns veulent l'appliquer promptement, et à notre avis, ils ont raison, tandis que les autres ne veulent l'employer que comme moyen extrême, ce qui explique leurs insuccès, car dans les empyèmes chroniques il y a peu et presque point de remède. Aussi ne craignons-nous pas de poser comme loi, d'opérer le plus hâtivement possible. Car, encore une fois, ce n'est ni l'opération ni ses suites qui sont à redouter; mais bien la désorganisation, l'altération plus ou moins profonde des cavités pectorales qui sont la cause unique des succès ou des revers.

Dans cette question, il n'y a que l'opération en elle-même qui ait trouvé des approbateurs et des adversaires impitoyables. D'autres questions ont été soulevées, c'était de savoir s'il fallait se contenter de refermer la plaie comme le veut Vigo, ou bien s'il fallait la laisser ouverte, la laver et la déterger avec des

injections dans la poitrine, ou bien si, enfin, il ne fallait pas même redouter la présence de l'air.

Dans ces derniers temps, il semble que ce fût là la principale préoccupation. Car, que de moyens, que d'instruments n'a-t-on pas conseillés pour empêcher son introduction? Tantôt ce sont des canules plus ou moins ingénieuses, tantôt des espèces de pompes agissant sans que l'air puisse pénétrer dans la poitrine. C'est une des manies de la chirurgie de nos jours que de compliquer tous les moyens dont elle se sert, et de s'efforcer de substituer la machine à l'intelligence. Hé bien, une semblable chirurgie ne peut être que fatale; la nature n'ayant que des moyens simples, elle veut des moyens semblables, et la chirurgie ne sera vraiment profitable que lorsque celui qui s'y consacre pourra emporter dans sa poche tous les instruments nécessaires à l'exercice de son art.

Nous laisserons de côté la question de savoir si on doit évacuer tout le liquide d'une seule fois, ou bien en plusieurs fois. A notre sens, on ne peut porter de règle absolue à ce sujet. C'est au médecin d'en juger.

Il en est de la médecine comme de la peinture et de la musique ; il y a des choses qu'on sent, qu'on sait et qu'on ne peut enseigner.

Il y a deux questions sur lesquelles nous voulons nous arrêter un instant ; c'est celle de la crainte qu'ont certains médecins de l'introduction de l'air dans la poitrine, et celle de la chronicité de la maladie.

Nous commencerons par avouer que nous ne comprenons pas les craintes que l'on a de l'introduction de l'air dans la poitrine ; car tous les jours nous voyons la déchirure de vésicules pulmonaires, par suite de fractures ou de certaines plaies pénétrantes, donner issue à des quantités notables d'air, de liquides dans la poitrine, produire des emphysèmes considérables, sans que pour cela il y ait de grands dangers pour le malade; ne voyons-nous pas tous les jours des plaies d'armes à feu, par exemple, pénétrer dans la poitrine, laisser une large issue à l'air extérieur et intérieur, sans que pour cela il y ait mort inévitable? Mais rapportons l'opinion de Morand sur ce sujet, elle aura une autre valeur que la nôtre. Dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, après avoir rapporté l'observation d'une hydropisie de poitrine guérie par opération, il termine par ces réflexions: « Si l'on considère ensuite » ce que devient le poumon débarrassé de cette grande quantité d'eau ambiante, » j'ai de la peine à croire qu'il se développe et qu'il s'étende sur-le-champ au » point de toucher toute la surface de la plèvre qui était humectée par l'eau. » Si cet intervalle n'est pas rempli par le poumon, il faut qu'il le soit par l'air, » et je conviens que cela répugne aux notions établies sur le danger de l'intro- » duction de l'air dans les capacités intérieures. » Or, si dans l'observation de Morand on a égard aux dates où l'opération a été faite, et au moment où la plaie a été fermée, on verra que six mois se sont écoulés entre ces deux époques, et qu'on n'a pris aucune précaution pour empêcher l'air de pénétrer ; bien plus, quelques jours après la première ponction, on mit dans la plaie des tentes de linge enduites d'onguent digestif ; du reste, Laënnec, ce grand maître qu'il faut toujours citer quand il s'agit d'affections de poitrine, dit : « La pénétration

» de l'air dans la poitrine est probablement aussi moins dangereuse qu'on ne » le croit, comme le prouvent les plaies de poitrine des malades qui ont guéri » après l'opération de l'empyème. Je ne sache pas que l'ouverture de ceux qui » ont succombé contredise non plus cette opinion, ou au moins je n'ai vu aucun » exemple d'inflammation aiguë survenir dans la plèvre à la suite de l'opéra- » tion de l'empyème; dans les cas mêmes où la gravité de la maladie (ajoute » Laënnec) ne permet pas de fonder un grand espoir sur l'opération de l'em- » pyème, on pourrait au moins tenter une ponction exploratrice : aucun dan- » ger n'accompagne cette opération, la plaie se referme de suite; peut-être » même y aurait-il de l'avantage à vider aussi la plèvre dans toutes les pleuré- » sies à marche chronique, quoique la nature en guérisse quelquefois de sem- » blables. »

Monro est l'un des auteurs qui se sont le plus attachés à vouloir prouver que l'introduction de l'air dans les diverses cavités du corps, détermine toujours des accidents graves, et l'autorité de son nom n'a pu que contribuer à faire accrédi- ter cette opinion sans plus d'examen. C'est, dit-il, par suite d'un grand nombre d'expériences sur les animaux vivants auxquels il ouvrait la poitrine pour suivre diverses observations, qu'il a reconnu que le danger est bien moins proportionné à l'étendue de la plaie, qu'au temps que les organes restent exposés à l'air, et au plus ou moins de surface qu'ils présentent. Mais indépendamment des ré- sultats fournis par l'observation des plaies pénétrantes de la poitrine, et qui démontrent combien l'opinion de Monro est peu fondée, des expériences nom- breuses faites avec soin, également sur des animaux vivants, prouvent que la présence de l'air dans la cavité des plèvres n'est suivie d'aucun accident fâcheux.

Les expériences de Physick, de Nysten, d'Astley Cooper et de John Davy, de Knox, de Plinsleg, ne laissent aucun doute à cet égard. Ces expérimentateurs ont rencontré que l'air injecté dans la plaie est tantôt absorbé en totalité, tantôt ne l'est qu'en partie après avoir séjourné quelquefois plusieurs jours dans la cavité de cette membrane; dans l'un et l'autre cas, on n'observe ensuite pas la moin- dre trace d'inflammation de la plèvre costale ou pulmonaire. John Davy a de plus constaté que l'air qu'on retrouvait alors dans la poitrine ne contient plus la même proportion d'oxygène. Ce gaz est toujours absorbé en plus grande quan- tité que l'azote qui se trouve au contraire en excès.

On voit, d'après ces exemples, que l'air n'a pas une influence fâcheuse sur le résultat de la guérison, ce qui nous fait rejeter d'une manière absolue tous les instruments qui ont pour but de s'opposer à l'introduction de l'air dans la poi- trine ainsi que l'opinion qu'il altère les liquides contenus dans cette cavité, et amène la mort, tout en reconnaissant en même temps que l'air n'est pas absorbé; mais dirons-nous, si l'absorption n'a pas lieu, comment alors expli- quer une terminaison si fâcheuse par suite d'une infection que pourrait amener le changement de nature des liquides, surtout lorsque nous voyons les liquides être altérés lors de l'opération et les malades guérir? Allons plus loin, admet- tons le principe que la présence de l'air dans les épanchements de poitrine est funeste. Comment alors expliquer la mort, lorsqu'on emploie des instruments

propres à empêcher l'introduction de l'air, et entre autres moyens la canule de M. Reybard qui donne la facilité d'évacuer le liquide à mesure qu'il se forme, sans que l'air puisse pénétrer. N'est-il pas plus rationnel, plus conforme aux idées reçues, pour expliquer les divers phénomènes, de dire : que toute évacuation de liquide de la cavité thoracique est une nouvelle déperdition pour l'organisme, et que l'affaiblissement qui s'en suit n'est pas toujours en rapport avec le reste des forces vitales, sans avoir recours à des idées que rien ne justifie.

Comme nous le disait un de nos anciens maîtres, quand on fait l'opération de la thoracenthèse, en général on abandonne le malade, c'est-à-dire on ne songe pas à l'usage d'autres moyens, et cependant il est digne de remarque que les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération, et qui ont réussi, ont employé en même temps des injections dans la poitrine. Jean Vigo, par exemple, les recommande d'une manière toute spéciale. Dionis en fait un précepte. Morand, dans l'observation dont nous avons déjà parlé, fit aussi des injections. Guérand dit, après avoir donné l'observation d'une plaie pénétrante dans la poitrine chez un cavalier à la bataille de Fontenoy : « On convient assez unanimement » que les plaies pénétrantes de la poitrine, avec lésion du poumon, ne doivent » point être traitées par les injections. Les plaies d'armes à feu fournissent des » cas particuliers où elles semblent nécessaires et même indiqués : par exem- » ple, s'il y avait quelques indices de pourriture dans ces parties, les injections » pourraient être employées utilement pour procurer la séparation des es- » carrhes, et aider par ce moyen l'ouvrage de la nature. »

De ce qui précède, nous pouvons conclure que l'opération de l'empyème est loin d'être aussi grave que ses adversaires le prétendent. « On peut y avoir re- » cours, dit M. Boudin, lorsqu'après la période d'acuité d'une pleurésie, il » reste un épanchement tellement considérable que la suffocation soit mena- » çante, que l'on craigne de voir échouer le traitement médical ; si la collection » tend à se créer naturellement une issue au-dehors, l'opération est indiquée. » » L'introduction de l'air, ajoute le même auteur, ne produit pas tous les graves » accidents qu'on lui a imputés ; il est néanmoins prudent de l'éviter. » Le procédé Reybard est le plus simple et le plus efficace. Nous regardons les injections comme un complément nécessaire de l'opération. Pour appuyer notre assertion, nous rapporterons les observations où on les a employées largement avec succès. Nous commencerons par celle du citoyen Miot, qui faisait des injections dans la poitrine.

1re *Observation d'une vomique guérie par l'opération de l'empyème;* par le citoyen Miot.

Pheadre Heinsberg, lieutenant au 1er bataillon de Strozzi, autrichien, prisonnier de guerre, âgé d'environ 25 ans, d'un tempérament bilieux, entré à l'hôpital militaire de Thionville, le 6 floréal an VIII, pour une péripneumonie inflammatoire, et, de plus, affligé depuis 15 ans d'une vomique provenant d'une pleuropneumonie, pour laquelle il avait été traité par un médecin de Cologne, en 1785.

« Le 6 floréal an VIII, à ma visite du soir, je trouvai le malade avec des symptômes très-alarmants, tels qu'une respiration très-courte, la suppression totale de l'expectoration, de grands maux de tête, une douleur gravative dans tout le lobe gauche du poumon, le pouls fort et dur, la langue et la peau sèches, une soif vive, le bas-ventre gros,

[illegible] cette dernière cavité, suivant le rapport du malade, a toujours été embarrassée depuis l'époque de sa première maladie); enfin, il y avait tous les symptômes d'une pleuropneumonie inflammatoire. On pratiqua une saignée du bras, qui fournit huit onces de sang.

» La saignée fut réitérée à neuf heures du soir; cette évacuation le soulagea beaucoup : la respiration devint plus libre et l'expectoration, mêlée de quelques filets de sang, plus facile, mais la douleur de côté devint toujours plus forte. Il prit pour boisson une tisane pectorale édulcorée avec l'oxymel simple, et toutes les heures une cuillerée d'une potion pectorale avec la gomme arabique. Je lui fis administrer un lavement purgatif, parce qu'il n'avait pas été à la selle depuis quarante-huit heures.

» Le lendemain, le pouls ne parut pas assez développé; on fit une troisième saignée qui produisit de bons effets; le sang n'était pas aussi inflammatoire que le précédent; le pouls devint plus petit, serré, irrégulier; contraint de renoncer à la saignée, quoique indiquée par la douleur vive qu'il éprouvait sur le côté gauche, je me contentai, tant intérieurement qu'extérieurement, des émollients, des délayants et des adoucissants, pour détendre les fibres qui étaient d'une trop grande crispation. Comme la toux était très-fatigante, je fis ajouter à la potion béchique, un demi-gros de teinture anodine de Sydenham, ce qui diminua cette grande toux, qui fatiguait le malade nuit et jour; pour aliment, il prenait un bouillon maigre de cinq en cinq heures; on donnait tous les jours un lavement émollient à cause de sa grande constipation.

» Le 4e jour, le pouls commença à ne plus être si serré ni si irrégulier; il s'établit une expectoration abondante d'une matière très-épaisse et purulente, sans être mêlée de filets de sang; mais la douleur de côté étant toujours très-forte, j'y fis appliquer un large emplâtre vésicatoire; il commença ce jour à prendre une pinte de petit-lait édulcoré avec le sirop d'althéa. Ce traitement fut continué jusqu'au vingt-septième jour de son entrée à l'hôpital; pendant ce laps de temps, le malade expectorait au moins une chopine de pus par jour; cette matière était devenue si *infecte* que le malade lui-même n'en pouvait supporter la *mauvaise odeur*.

» Le 27e jour, la difficulté de respirer augmente ainsi que les autres accidents. Étant assuré de ce qui avait précédé cette maladie, il m'était facile de porter le diagnostic non équivoque, qu'il était affligé d'une vomique qui s'était formée insensiblement depuis sa tendre jeunesse. Tous les signes rationnels l'indiquaient assez : à cette époque le malade était dans un état déplorable et des plus pénibles : une suppression totale de l'expectoration, un pouls plus petit, serré et presque insensible, le bas-ventre très-sensible et tympanisé, le visage hippocratique, les yeux mornes, enfin, tous les symptômes d'une mort prochaine. Dans cet état critique, j'ai porté un prompt diagnostic qui était que le kyste était plein de matières comprimant le cœur et les vaisseaux et mettant obstacle à leurs fonctions, et que le kyste ne communiquait plus avec les bronches pour se vider par l'expectoration, étant oblitéré par une légère inflammation qu'il éprouva dans le courant de la maladie secondaire.

» En conséquence, j'ai jugé qu'il fallait plutôt employer un moyen incertain que d'abandonner le malade à une mort prochaine.

» A l'instant j'ai visité le côté gauche de la poitrine du malade, principalement l'endroit où était la douleur sur laquelle j'avais fait appliquer les vésicatoires qui ne suppuraient plus. J'ai trouvé dans cette plaie un œdème presque insensible, occupant l'intervalle de la cinquième à la sixième des vraies côtes, en comptant de haut en bas. Cet œdème m'assura une adhérence du kyste de la vomique avec la plèvre et tous les muscles intercostaux dans cet endroit. Sur le moment je lui fis l'empyème; il sortit de la poitrine une suite de pus de couleur brune et si infecte qu'à peine pouvait-on rester près du malade.

» Le malade supporta cette opération et l'évacuation de cette quantité de pus plus courageusement que je ne l'avais espéré; cette quantité de pus me faisait voir que le kyste devait être spacieux. Effectivement, à chaque pansement, il sortit de la plaie plus d'une chopine de pus, toujours d'une très-mauvaise qualité et d'une odeur insoutenable.

» Immédiatement après l'opération, la plaie et le kyste furent nettoyés par *une injection détersive* suivie du pansement ordinaire.

» La nuit après l'opération, le malade dormit trois heures par le secours de cinq grains de pilules de cynoglosse, ce qu'il n'avait pu obtenir depuis longtemps, quoiqu'il eût fait usage de cet assoupissant.

» Le lendemain de cette opération, la respiration était infiniment plus libre, mais la fièvre augmenta de même que la toux sèche; je présumai que la cause était le passage d'une partie du pus dans la circulation du sang, d'où ces frissons irréguliers qu'on

éprouve dans ces circonstances, suivis de sueurs nocturnes souvent très-abondantes. Ces accidents rendaient les nuits très-laborieuses, de sorte que le malade s'acheminait vers le marasme, dans lequel il tomba réellement avec le temps, de même que dans une leuco-phlegmasie des extrémités inférieures qui devinrent énormes.

» Ce triste état et les accidents consécutifs n'en demeurèrent pas encore là. Un mois après l'opération, il se forma une nouvelle inflammation à la partie supérieure du poumon (toujours du côté gauche), qui devint en suppuration, et il se manifesta un œdème entre les troisième et quatrième vraies côtes, en comptant de haut en bas. Je pronostiquai un second dépôt dans cette partie du poumon avec adhérence ; une seconde opération fut faite ; j'évacuai par cette opération une demi-chopine de pus infiniment moins mauvais que dans la première (les deux kystes n'avaient point de communication entre eux) ; la plaie et le kyste furent injectés et pansés comme à l'ordinaire.

» Dix à douze jours après cette opération, la matière devint très-louable, épaisse et blanche, ce qui m'assura que les kystes étaient bien détergés. A cette époque je fus obligé de cesser les injections parce qu'elles passaient des kystes dans les bronches et sortaient par vomissement, et qu'elles causaient au malade une toux convulsive qui le fatiguait beaucoup ; en conséquence, les plaies furent pansées simplement avec des plumasseaux à sec.

» Comme la matière était très-épaisse et sortait très-difficilement par la plaie du premier empyème, je fis faire un instrument en argent ressemblant assez à ceux qu'on emploie pour la bronchotomie, excepté que le conduit était beaucoup plus long et plus large, la plaque plus grande et ovale. Cet instrument demeurait dans la plaie et donnait la facilité au pus de passer à travers.

» Dans la première quinzaine de la maladie, le malade rendait par l'expectoration des matières très-puantes et en grande quantité, de même que celles qui sortaient de la poitrine par la première opération, après avoir fait usage des béchiques vulnéraires les plus appropriés, de toutes les façons et sous toutes les formes, précédés et entretenus de pectoraux doux. J'étais très-embarrassé de choisir des moyens pour combattre cette dangereuse maladie ; enfin, voyant le malade pencher sensiblement vers sa fin, je fis réflexion que, dans des cas pareils, la vertu antiseptique et tonique du quinquina suffirait pour combattre cette gangrène du poumon ; sous ce point de vue j'ordonnai que, dans une décoction des plantes de polytric et de cétérach, on fît bouillir une once de quinquina concassé ; le malade en prit cinq onces de six heures en six heures, et, pour boisson ordinaire, une infusion de lierre terrestre édulcorée avec le sirop de Tolu ou d'althéa.

» Lorsque, après dix ou douze jours, comme il est dit ci-dessus, la matière fut devenue plus louable et eut perdu en grande partie de son odeur infecte, le bas-ventre du malade, qui était extrêmement gros et météorisé, redevint aussi dans un meilleur état.

» De jour en jour, non-seulement le pus devint plus louable, mais sa quantité diminuait sensiblement, au point que les deux plaies des empyèmes se fermèrent, peu à peu, entièrement après cinq mois de traitement. »

Réflexions. — Cette observation est excessivement remarquable en plusieurs points ; c'est une pleuro-pneumonie se développant sur un empyème chronique qui amène des désordres fort graves, qui mettent en communication l'air extérieur avec un foyer purulent dans la poitrine, sans amener la mort du malade ; et, au point de vue du traitement, elle constate l'heureux emploi des injections détersives dans la cavité thoracique.

2e OBSERVATION. — *Emploi des grands bains à la suite d'une opération d'empyème dans le cas d'hydrothorax suite de pleuropneumonie* ; par M. MIREAU, chirurgien aide-major au 12e régiment d'infanterie de ligne (année 1808).

« Claude François Simonet, tempérament sanguin, constitution athlétique, 35 ans, fut atteint, au printemps de 1808, de fluxion de poitrine extrêmement violente. Déjà l'année précédente, à la même époque, il avait essuyé la même maladie qui, bien moins intense que cette dernière, avait présenté néanmoins des circonstances assez graves et avait cédé aux saignées réitérées, à la diète et à tous les moyens indiqués. La seconde attaque fait l'objet de la présente observation.

» Lorsqu'on m'appela, la maladie n'avait qu'un jour d'invasion. Je fis promptement

une saignée large et copieuse, que je réitérai deux fois dans le jour. Je prescrivis, à une température à peine tiède, le petit-lait et l'eau d'orge additionnée d'un demi-verre d'acide acéteux pour chaque pinte.

» Le crachement de sang était très-abondant; la douleur fixe au côté gauche de la poitrine et au-dessus de la mamelle du même côté, était des plus violentes et pongitive; la dyspnée était extrême, les souffrances du malade étaient atroces et lui arrachaient des cris, la langue était aride et rouge, la face enflammée, les conjonctives injectées jusqu'à rendre le globe de l'œil très-proéminent; le ventre élevé et dur, les selles rares et les déjections très-sèches, mais tous les moyens précités et aidés de lavements avec le petit-lait, n'ayant pu éteindre un si terrible incendie, je fis une nouvelle saignée, je facilitai l'expectoration avec une potion pectorale simple, je recommandai des fumigations. Malgré quelque amélioration, je sentis la nécessité d'insister sur la saignée, je voulus même la faire sur-le-champ, et je ne doute pas que la résolution de la maladie ne l'eût suivie; mais la mère s'y opposa formellement, et je ne pus vaincre sa résistance. Un vieux confrère, appelé en consultation, s'arrêta à une médication insignifiante, et le malade tomba de mal en pis; les crachats se supprimèrent, la dyspnée augmenta d'une manière alarmante et, en deux jours, on le vit aux portes de la mort. Dans cette conjoncture, mon consultant me laissa à moi-même et m'abandonna totalement. Je regardai pour mon compte mon malade comme perdu; mais je le suivais avec opiniâtreté, déterminé à observer tout ce qui se passerait, lorsqu'un matin, à la suite d'une nuit orageuse (c'était le onzième jour depuis l'invasion), la physionomie devint pâle et bouffie, la respiration, un peu plus libre, mais surtout beaucoup moins douloureuse, le bras gauche se montra très-infiltré jusqu'au poignet; lorsqu'il se tournait ou portait sur ce côté, il éprouvait un étouffement effrayant. Une métamorphose si subite dans l'état de mon malade, fixa de plus en plus mon attention, et je compris que la nature avait pris un parti terrible, à la vérité, mais qui était le seul capable de sauver le patient. Je ne pus, d'après tous ces symptômes et spécialement d'après l'infiltration du bras du côté où la douleur avait été la plus violente, me dissimuler que l'épanchement avait eu lieu et qu'un véritable empyème existait. Je dis empyème ici, parce que je ne conçois pas qu'on ait abusivement donné le nom de la maladie à l'opération qui lui convient. N'osant cependant pas porter mon diagnostic, je proposai d'appeler M. Dugès, ancien chirurgien-major au 5e hussards; les parents consentirent à ma demande, je lui fis part de la marche de la maladie, des soupçons que j'avais d'un épanchement dans la poitrine, il tomba d'accord avec moi, et nous décidâmes l'opération.

» Je plaçai le malade sur son séant, et après avoir fait diriger le lit du côté de la lumière, et sans m'amuser à pincer la peau pour couper d'abord, comme le prescrivent quelques docteurs, tels que Dionis, Ledran, je plongeai à quatre pouces au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et à cinq pouces de la colonne vertébrale un trois-quart long et d'une proportion très-forte, lequel avait une profonde cannelure. Je passai ainsi, en observant que la cannelure fût tournée en bas, entre la 7e vraie côte et la 1re fausse, et je pénétrai dans la poitrine. Je retirai promptement le trois-quart en laissant la canule pour le passage du fluide qui s'écoula avec force et en telle abondance que je dus suspendre l'évacuation, dans la crainte que mon malade ne tombât en syncope, ou même qu'un affaiblissement trop considérable, occasionné par une déplétion trop prompte, ne lui donnât la mort. Je recommençai le soir du même jour à tirer encore du liquide. ayant eu soin de fixer la canule de manière qu'elle ne pût sortir de sa place; le lendemain je donnai encore passage au liquide à deux reprises également distantes.

» La quantité qui en sortit était effrayante et tiendrait du merveilleux ou de l'exagération, si je ne rappelais ici que mon sujet était d'une constitution et d'une taille athlétique et colossale, il en sortit plus de vingt litres, c'était un liquide très-limpide et d'une couleur orangée, d'une odeur fade et d'une saveur à peu près saumâtre. En peu de jours, les bords de la plaie acquirent une vive rougeur, la respiration redevint libre, le pouls qui était, avant l'opération, très-petit et concentré, se développa, l'expectoration, qui avait été supprimée, se rétablit tout doucement et se fit sans autre douleur que celle occasionnée par la plaie et la présence d'un corps étranger dans la poitrine; la toux cependant était opiniâtre et paraissait tenir à l'irritation que pouvait produire le bout de la canule laissée en place eu égard à l'écoulement du fluide qui, bien que peu abondant, mouillait toujours l'appareil de pansement de manière à nous obliger quatre ou cinq fois par jour à le renouveler.

» Je pris dès lors le parti de substituer à ma canule une canule élastique dont le bout émoussé ne pouvait plus produire les mêmes accidents. Cette sonde était d'argent

flexible et de la longueur d'un doigt, et elle avait un pavillon garni de deux petits anneaux pour la fixer convenablement par des liens que je passais autour du corps, et par-dessus les épaules; mon malade allait tous les jours mieux, l'appétit lui revint et je lui laissais prendre quelques aliments légers, tels qu'un bouillon de gruau, de la semouille et quelques cuillerées de vin, que nous lui fîmes donner de temps en temps dans la journée; les déjections se faisaient assez bien.

» J'ai omis de faire observer que, pour substituer une sonde flexible à la canule et de peur que l'ouverture ne se fermât trop tôt, j'avais agrandi la plaie à l'aide d'un bistouri guidé par la canule de la sonde à demeure.

» Bien que le malade se trouvât beaucoup mieux, il éprouvait toujours une toux d'irritation qui le privait de repos, ce qui me donna l'idée de le mettre dans le bain jusqu'au cou, la sonde tout débouchée et parfaitement libre, dans la persuasion que l'eau pouvant pénétrer par son passage dans la poitrine, elle irait détacher des parties malades quelques matières grossières qui les irritaient encore. Cette mesure me réussit parfaitement, et au moyen du jeu de la respiration, l'eau entrait et sortait comme faisait l'air lorsque le malade était hors du bain, et par ce moyen délayait des grumeaux de pus et les amenait au dehors. Cette méthode ayant été suivie pendant une quinzaine de jours, la toux cessa, le malade reposa, et l'amélioration persistant, on lui donna des aliments plus solides, les forces revinrent et notre homme se remit tout doucement à son travail en conservant sa sonde, à laquelle cependant j'en substituai une en gomme élastique. Cet homme était porte-faix et grand ivrogne; son infirmité, ou, pour mieux dire son assujettissement, ne l'empêchait pas de recommencer son train de vie habituelle; et l'on n'eut jamais cru qu'il avait été malade deux mois après sa première sortie. Je me gardai bien de l'épuiser par des purgatifs, comme on le fait souvent à la suite de cette maladie et de bien d'autres, et en dépit de l'appétit que reprennent les malades et qui indique le plus ordinairement qu'ils n'ont plus besoin de médecin ni de médicament. Je le laissai donc libre, et au bout de trois mois, j'ôtai toute espèce d'appareil et la plaie qui avait d'abord resté fistuleuse, se ferma. »

Réflexions. — Cette observation nous paraît remarquable en plusieurs points; d'abord par la hardiesse avec laquelle on a persisté à combattre les accidents par des moyens qui sont généralement regardés comme funestes, tels que, par exemple, cette libre entrée de l'air dans la cavité pleurale, alors que surtout la maladie est passée à l'état chronique; c'est donc à bon droit que nous pouvons la regarder comme un fait venant démontrer que l'introduction de l'air mis en contact avec ces parties malades, n'offre pas le danger qu'on lui attribue. La méthode qu'on a employée pour détacher les parties malades, mérite aussi de fixer l'attention, car on n'a pas craint de plonger le malade dans un bain en laissant la plaie ouverte.

(*La suite au prochain N°.*)

Recherches sur les granulations; *par* M. Prosper Delvaux, *docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.* (*Suite et fin. Voir notre cahier de février*, p. 103.)

CHAPITRE V.

ÉTIOLOGIE.

§ 1er. — La blennorrhagie granuleuse est due à une cause déterminante spécifique contagieuse, le *virus granuleux,* qui, déposé sur une des muqueuses dont nous avons parlé, y détermine toujours la même altération, en reproduisant à l'infini et le virus et la granulation.

Lorsqu'on prend du pus sur une conjonctive granuleuse, et qu'on le dépose dans la fosse naviculaire de l'urèthre, il s'y développe peu de temps après une uréthrite qui offre tous les symptômes de l'uréthrite granuleuse.

Quand on prend du pus granuleux sécrété par la muqueuse uréthrale, et qu'on le dépose sur la muqueuse du col utérin, après une incubation de deux à trois jours, on voit apparaître les granulations sur la muqueuse du col de la matrice. Ces granulations sont en tout semblables à celles que l'on observe sur le même organe lorsque l'infection a lieu à la suite des rapports sexuels.

Ajoutons que dans l'observation n° 3, consignée dans ce travail, une blennorrhagie granuleuse de l'œil s'est déclarée par suite de la contamination du pus provenant d'une uréthrite granuleuse dont le malade était affecté. Ce fait s'est reproduit déjà un grand nombre de fois.

§ 2. — Le virus granuleux possède-t-il une action inévitable, en d'autres termes, agit-il constamment sur les muqueuses où il est déposé? Non; il y a des personnes qui peuvent exceptionnellement être à l'abri de son action. Toutes les personnes qui ont des relations avec d'autres, infectées de chancres, n'en sont pas toujours atteintes; or, ce que l'on peut dire pour l'infection chancreuse, on peut le dire pour l'infection granuleuse.

Il peut se trouver au contraire des conditions qui favorisent au plus haut degré l'action du virus granuleux; nous en parlerons plus loin.

§ 3. — Le virus granuleux jouit-il des bénéfices de l'acclimatement?

Dans les blennorrhagies simples, cette loi d'acclimatement peut fort bien s'expliquer; mais dans les blennorrhagies granuleuses nous ne concevons pas même son existence, et il n'existe aucun fait qui puisse le faire supposer. Hunter cite de nombreux faits pour démontrer que cette loi d'acclimatement est pour ainsi dire générale; mais, tout en faisant remarquer que le plus profond doute doit planer sur la nature des blennorrhagies sur lesquelles s'appuie le grand chirurgien anglais, il faut dire avec M. Ricord, que l'on trouve bien plus de malades qui se plaignent de ne pouvoir toucher une femme sans voir reparaître leur maladie, qu'on n'en voit qui se trouvent dans des conditions opposées.

Nous ne pensons pas qu'une première infection rende plus facile une seconde, si on réfléchit au traitement réclamé par ces affections, traitement qui doit émousser la sensibilité de la muqueuse. Il serait plus vrai de dire qu'une deuxième blennorrhagie granuleuse présente moins d'intensité qu'une première, et ainsi de suite, vu que, en général, leur activité même ne préside plus au développement de l'inflammation granuleuse.

§ 4. — Sous les points de vue symptomatologique et étiologique, les granulations se présentent sous deux formes différentes. Si le virus provient de granulations anciennes, dont l'activité inflammatoire a considérablement diminué; si le muco-pus est peu abondant, déposé sur une muqueuse saine; il y produira des granulations qui ne se dévoileront qu'après un assez long espace de temps, lorsqu'une cause accidentelle sera venue donner de l'énergie au travail pathologique. Ces granulations, qui ne se révèlent dans le principe que par un écoulement peu abondant, constituent ce qu'on appelle *granulations primitives*.

Le virus granuleux est-il au contraire très-actif, très-énergique, dès lors le développement granuleux revêt soudain toute son intensité, la blennorrhagie granuleuse apparaît aussitôt avec tous ses symptômes, l'inflammation est très-

grande, il y a un tel gonflement que les granulations ne sont pas visibles ; elles ne deviennent apparentes que lorsque l'intensité phlegmasique première a disparu. C'est ce qu'on appelle *granulations consécutives*.

Ces granulations sont, du reste, identiques quant à leur nature.

§ 5. — Le muco-pus granuleux peut encore se communiquer par l'intermédiaire des vêtements, du linge, des objets de couchage.

Parmi les femmes, chez lesquelles du reste la maladie est moins fréquente, les lavandières, comme l'a fort bien constaté Cunier, sont fréquemment atteintes de cette grave affection.

§ 6. — Sans admettre que les constitutions et les diathèses préexistantes des individus affectés de cette blennorrhagie aient une action sur la nature toute spéciale de cette maladie, nature qui dépend tout entière du virus granuleux, il faut cependant reconnaître qu'en raison de ces constitutions, de ces diathèses, les symptômes de cette blennorrhagie peuvent présenter certaines variétés dans leur forme et dans leur intensité. Sa marche, sa durée, peuvent également s'en ressentir. Par ces motifs, parfois cette blennorrhagie exige quelques modifications dans les agents thérapeutiques à employer.

§ 7. — Disons, enfin, que si la blennorrhagie granuleuse est plus fréquente à la conjonctive et au col utérin qu'aux muqueuses uréthrales, cela tient à la structure de ces muqueuses dont l'épithélium se détache avec la plus grande facilité à la conjonctive, à la muqueuse du col, moins facilement à la muqueuse uréthrale chez l'homme, et difficilement à celle de l'urèthre de la femme.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

§ 1er. — Le traitement de la blennorrhagie granuleuse est divisé en traitement prophylactique et en traitement curatif.

§ 2. — *Traitement prophylactique.* — Les mesures à prendre pour empêcher l'action de la cause spécifique contagieuse des granulations sur les muqueuses, peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Faire disparaître l'encombrement partout où il existe, soit dans les hôpitaux, soit dans les maisons particulières.

L'encombrement est en effet une des causes prédisposantes les plus favorables à la propagation de la blennorrhagie granuleuse. Le germe contagieux, si exigu qu'il soit d'abord, grandit bientôt, prend de l'intensité, et produit ensuite de cruels ravages sous l'influence de cette cause.

2° Éloigner des personnes saines celles qui portent des granulations, quel que soit le degré d'acuité de l'affection ; car dans toutes ses périodes l'affection granuleuse est contagieuse.

3° Écarter les agents capables d'irriter directement ou indirectement les muqueuses. Ces agents ne donnent jamais naissance à la blennorrhagie granuleuse, mais ils prédisposent l'organe à la contracter.

4° Veiller à l'établissement d'une bonne aération, au badigeonnement des

places où résident ou ont résidé des granuleux, veiller enfin à ce que la plus grande propreté règne dans les vêtements et les literies.

§ 3. — *Traitement curatif.* — Si nous passons en revue les divers agents thérapeutiques que l'on a préconisés jusqu'à ce jour pour combattre les granulations et les altérations diverses que l'on a confondues sous ce même nom, nous voyons que les médications suivantes ont été employées avec plus ou moins de succès; ainsi on a proposé successivement :

1° La médication antiphlogistique; 2° La médication altérante; 3° La médication astringente; 4° La cautérisation; 5° L'excision.

Les antiphlogistiques, les altérants, les astringents, etc., sont à eux seuls insuffisants pour détruire la véritable granulation; mais s'ils sont inefficaces pour agir directement sur la granulation, ils constituent cependant des agents thérapeutiques puissants comme auxiliaires.

§ 4. — La médication que l'expérience a démontré la seule efficace dans les blennorrhagies granuleuses, est la cautérisation.

L'altération granuleuse étant dès aujourd'hui bien définie, il faut que la médication à lui opposer le soit également. Tous les efforts thérapeutiques doivent donc tendre en premier lieu à détruire le mal dans sa nature intime et dans ses altérations spéciales.

Il faut ramener à l'état phlegmasique simple la muqueuse qui est atteinte par un virus constant, par une inflammation spécifique caractérisée par une altération pathologique sans analogue sur les muqueuses. Il faut détruire d'emblée la granulation jusque dans ses racines les plus profondes; une fois ce résultat obtenu, il faut combattre l'inflammation simple par les moyens ordinaires.

§ 5. — La cautérisation doit être profonde, car il faut détruire la granulation jusqu'à sa base, qui, comme nous l'avons vu, envahit le tissu dermatique dans presque toute sa profondeur.

La cautérisation sera donc d'autant plus profonde que les granulations sont plus anciennes et plus invétérées.

La cautérisation doit être fréquemment répétée afin d'empêcher le principe granuleux de se reproduire et de régénérer les granulations que l'on s'efforce à détruire.

La cautérisation doit être uniforme, c'est-à-dire répartie sur toute l'étendue de la surface granulée.

On cautérise d'abord à rebrousse-poils, puis dans le sens de l'inclinaison des granulations.

Voici du reste comment s'exprime l'honorable M. Fallot en parlant de la cautérisation dans l'affection granuleuse.

« Quelques auteurs ont dit, et ceux qui ont écrit depuis ont répété qu'en cautérisant les granulations il fallait les toucher *légèrement;* quelque répandu que soit ce précepte, tout appuyé qu'il est de suffrages respectables, je ne puis l'admettre et le considère plutôt comme le résultat d'une spéculation de cabinet que de l'observation des malades. D'après mon expérience, il faut cautériser forte-

ment, intéresser à la fois toutes les granulations répandues sur une muqueuse, si l'on veut guérir sûrement et promptement. » (*Annales d'oculistique*).

Ainsi, dans tous les cas, la cautérisation devra être complète, profonde, étendue également à toutes les granulations et répétée à des époques plus ou moins rapprochées, suivant l'urgence.

Les granulations sont au nombre de ces maladies qu'il faut tuer sur place et dont il faut anéantir la dernière racine, si on ne veut s'exposer à des récidives.

Il est à remarquer que les résultats de la cautérisation sont d'autant plus heureux que le mal a été attaqué à une époque plus rapprochée de la période d'invasion. Dans ces circonstances la cautérisation méthodique se convertit souvent en un véritable moyen abortif.

§ 6. — Pour avoir une cautérisation efficace il faut qu'elle attaque l'altération pathologique dans toute sa profondeur.

Il est donc nécessaire de choisir un caustique convenable.

On a toujours eu recours au sulfate cuivrique et au nitrate argentique fondu. L'action du premier est très-superficielle; quant au second, on doit y avoir recours lorsque les granulations sont très-récentes, lorsqu'elles sont à peu près détruites, lorsqu'elles envahissent les conjonctives des enfants ou la muqueuse du canal de l'urèthre; mais dans les autres cas il faut avoir recours au nitrate acide de mercure.

Cet agent, qui est très-actif, pénètre avec grande facilité les tissus sur lesquels on le dépose. Il les modifie promptement et sûrement.

On objectera peut-être que le nitrate acide de mercure est si violent qu'il peut déterminer des accidents graves. Certes, il en peut être ainsi si ce caustique est manié par des mains inexpérimentées; mais ces accidents ne sont nullement à redouter si on prend toutes les précautions nécessaires lors de son usage.

Il faut connaître mathématiquement la quantité de nitrate acide qu'il faut déposer sur une muqueuse. Il faut calculer la puissance et l'étendue d'action de cette quantité; il faut enfin que l'action du caustique ne puisse jamais dépasser le but que le chirurgien veut atteindre.

Le nitrate acide de mercure ne doit pas être appliqué à toutes les périodes de l'affection; on évitera d'y recourir dans la période suraiguë et dans les cas où la sensibilité est extrême.

§ 7. — Peu après la cautérisation par le nitrate acide de mercure il se développe dans la partie cautérisée une congestion intense, précédée parfois d'une douleur vive.

Les applications froides et calmantes ne tardent pas à faire disparaître ces phénomènes.

Les parties touchées par le nitrate acide sont rapidement éliminées. Lorsque les escarrhes sont détachées, la surface cautérisée est d'un rouge vif, saignante, et moins tuméfiée qu'avant l'opération.

Cette active résolution est un des effets les plus remarquables du nitrate acide de mercure.

§ 8. — Le chlorure mercurique produit aussi de bons effets (1 gr. sur ℥i de véhicule) dans la période suraiguë de la blennorrhagie granuleuse, lorsque la sécrétion purulente est très-abondante.

§ 9. — Avant de faire la cautérisation, il faut prendre les précautions nécessaires pour que son action soit efficace et qu'elle ne s'étende qu'aux parties à détruire et à modifier.

Avant l'emploi du caustique on enlève le pus et les matières qui peuvent se trouver sur la muqueuse. On cautérise d'abord en sens inverse de l'inclinaison des granulations, puis dans ce sens.

La cautérisation opérée, on évite que son action ne se déplace. Pour arriver à ce but, lorsque la cautérisation est terminée, on maintient les parties dans la position où on les avait mises lors de l'opération.

On parcourt légèrement avec un pinceau imprégné d'huile d'olive les parties cautérisées.

Si la cautérisation produit une douleur très-intense on remplace l'huile d'olive par l'huile de belladone ou de jusquiame.

Dans certains cas, il est bon d'interposer un mince feuillet d'ouate entre les parties saines et les parties cautérisées.

Après la cautérisation des granulations il se produit une réaction forte dans la partie affectée. Des irrigations froides continues ne tardent pas à la conjurer.

§ 10. — Pendant le cours de la médication modificatrice et pour en favoriser l'action, on emploie, suivant les indications :

1° La saignée locale soit au moyen des sangsues, soit au moyen des scarifications.

2° Les frictions hydrargyro-belladonées.

3° Les purgatifs salins et le calomel comme dérivatifs.

4° Des vésicatoires et des emplâtres stibiés, surtout lorsque l'affection résiste.

5° On soumet le malade à un régime plus ou moins sévère et on insiste sur les soins de propreté.

Si l'on a à traiter des granulations à l'état suraigu, si la sécrétion purulente est considérable, il faut d'abord conjurer les accidents inflammatoires ; on emploie à cet effet : 1° les saignées générales et locales ; 2° le tartre émétique à l'intérieur et parfois la potion de Chopart ; 3° la compression ; 4° les applications au sublimé corrosif ; 5° des lotions calmantes ou astringentes ; 6° le froid continu.

§ 11. — Lorsque la modification est obtenue, que les granulations sont détruites, il faut provoquer le travail réparateur par le nitrate d'argent (1 grain par once de véhicule), par l'acétate plombique, l'acide tannique, le tannate plombique, la teinture d'iode.

Une fois le travail réparateur établi, il faut tenir compte des dispositions individuelles. D'après ces dispositions, on a recours à un traitement général et à un régime approprié.

Si les granulations sont anciennes, invétérées, volumineuses, dures, la cautérisation doit encore être employée; mais si elles sont très-développées, on en enlève le plus possible avec des ciseaux fins et courbes, puis on cautérise. Si elles sont, en outre, très-dures, on fait précéder l'excision de scarifications profondes et d'applications émollientes.

§ 12. — *Cautérisation des granulations conjonctivales par le nitrate acide de mercure* (1). — « On place le malade sur une chaise en face du grand jour; un aide tient entre ses mains la tête du patient à demi inclinée en arrière, et il la maintient fixement dans cette position: on s'assure enfin des mains et des bras. Tout étant disposé pour la cautérisation, l'opérateur se place entre les jambes du malade, de telle sorte qu'il puisse encore, avec les coudes, s'opposer à toute espèce de mouvements brusques provoqués par la douleur. Il relève la paupière supérieure, d'après les règles que nous avons prescrites, nettoie et sèche bien complétement la conjonctive; puis il prend un pinceau que l'on peut faire avec un peu d'ouate roulée et serrée sur un très-mince cylindre de bois, ou sur un stylet (c'est le moyen que nous préférons); il le trempe dans le nitrate acide, le secoue ensuite de manière à ne pas avoir une quantité surabondante de liquide caustique, ce qui serait dangereux; puis il l'applique, en appuyant légèrement, sur la surface granulée; la direction du pinceau chargé du caustique, par rapport à la surface malade, doit être perpendiculaire; on doit d'abord cautériser à rebrousse-poils, puis enfin dans le sens de l'inclinaison des granulations.

» On ne doit jamais se presser pendant la cautérisation; il faut donner le temps au liquide de pénétrer le mal; dans ce but, voici la conduite à tenir : aussitôt qu'une partie de la conjonctive a subi l'action du nitrate acide, il se fait une forte sécrétion de larmes; la portion granuleuse non cautérisée est elle-même activée dans sa sécrétion; une telle complication serait dangereuse, si on ne savait en prévenir les effets. Pour cela, on recouvre d'un linge bien fin la conjonctive que l'on va cautériser, et on ne laisse à découvert que la petite partie qui va subir en premier lieu l'action du caustique; puis, au fur et à mesure que l'on avance la cautérisation, on découvre les parties malades; inutile de dire que c'est de l'angle interne vers l'angle externe de l'œil que l'on agit d'abord, et cela avec assez de lenteur; une fois arrivé à l'angle externe de l'œil, on relève le pinceau, on le retrempe dans le nitrate acide, on sèche en une seule fois la conjonctive déjà cautérisée, puis, avec le pinceau chargé de caustique, on repasse très-vite sur les granulations dans le sens de leur inclinaison. On absorbe de nouveau la partie du liquide surabondante; puis, avec un pinceau imbibé d'huile fine ou d'huile de belladone, etc., on parcourt plusieurs fois la surface cautérisée; on attend un instant, on absorbe enfin l'huile qui peut être surabondante et qui pourrait découler sur les parties environnantes; on place la petite

(1) Les paragraphes 12 et 13 sont extraits du *Traité des granulations*, par M. le docteur Thiry, professeur à l'Université de Bruxelles.

compresse isolante ou le mince feuillet d'ouate dont nous avons parlé ; on remet la paupière en place, et l'opération est terminée.

» Comme on le voit, plusieurs conditions sont nécessaires pour pratiquer la cautérisation avec le nitrate acide : 1° la paupière doit être retournée, de telle sorte que la partie sous-orbitaire soit entièrement mise à découvert ; 2° le globe oculaire doit être fortement dirigé en bas, et suffisamment préservé de toute atteinte de l'agent caustique ; 3° on ne doit imbiber le pinceau que de la quantité de caustique strictement nécessaire pour opérer la cautérisation ; cette quantité doit, pour ainsi dire, être calculée ; il vaut mieux retremper plusieurs fois le pinceau dans le liquide que d'en prendre primitivement une quantité trop considérable ; 4° tous les liquides qui recouvrent la conjonctive doivent être absorbés avant l'opération ; il faut ensuite la recouvrir d'un petit morceau de linge, que l'on maintient en comprimant légèrement, et ne découvrir la surface granuleuse qu'au fur et à mesure qu'on la cautérise ; 5° on commence lentement la cautérisation, à rebrousse-poils, puis on la termine plus rapidement dans le sens de l'inclinaison granuleuse ; 6° la cautérisation achevée, on attend un instant, puis on recouvre la conjonctive cautérisée d'une couche d'huile dont on absorbe l'excédent ; on place le tissu isolant, et enfin on remet la paupière dans sa position naturelle.

» Après la cautérisation de la paupière supérieure, on renverse la paupière inférieure, et on procède comme nous l'avons indiqué. Ici les difficultés sont moins grandes à surmonter.

» Si les granulations ont envahi les deux yeux, on peut, sans désemparer, les cautériser dans la même séance, quand l'opération première n'a pas été trop douloureuse ; sinon, il n'y aurait pas de grands inconvénients à remettre la cautérisation du second œil, à quelques heures, jusqu'au moment où les premières douleurs seraient calmées.

» Dans les cas ordinaires, quatre, cinq ou six applications de nitrate acide suffisent pour modifier l'état de la conjonctive ; si, après cela, il restait encore quelques points granuleux isolés, on pourrait, pour achever la modification, recourir à la pierre infernale ou aux collyres, et aux pommades de nitrate d'argent. »

§ 13. — *De la cautérisation des granulations qui siégent au col utérin.* — « Dans presque tous les cas de granulations utérines que nous avons à traiter, nous employons, pour les détruire, le nitrate acide de mercure.

» La femme s'étant injectée avec des solutions détersives, l'intestin rectum étant vidé, nous la plaçons, en face du grand jour, sur une table assez élevée. Le spéculum introduit de manière à bien emboîter le col utérin et à le maintenir dans une fixité complète, nous absorbons avec un tampon d'ouate tous les liquides qui pourraient le lubrifier ; nous prenons ensuite un pinceau fabriqué comme nous l'avons indiqué plus haut, nous le plongeons dans le nitrate acide, puis nous le portons directement sur le col utérin, et nous cautérisons seulement toute la surface granulée, en pénétrant même, s'il le faut, jusque dans l'inté-

rieur du museau de tanche, où des paquets granuleux se logent quelquefois. Pendant que nous appliquons le caustique, nous avons soin de pousser fortement le spéculum contre le col de la matrice, afin qu'aucune goutte de nitrate ne puisse découler sur les parois vaginales.

» La cautérisation opérée, nous recouvrons la surface d'une couche d'huile; nous plaçons un tampon d'ouate que nous serrons assez fortement contre le col utérin, de manière à l'isoler entièrement des parties environnantes, et surtout de la paroi inférieure du vagin, puis nous retirons le spéculum.

» Après l'opération, la malade est mise au lit, dans un décubitus horizontal, et on lui pratique dans la journée plusieurs injections, soit avec des solutions détersives ou astringentes, soit avec des décoctions calmantes ou émollientes. On lui fait en outre subir un traitement général en rapport avec sa constitution, son tempérament et les dispositions particulières dans lesquelles elle peut se trouver.

» Ordinairement, après quelques cautérisations, la surface du col est modifiée et présente un bel aspect qui annonce une prompte cicatrisation.

» On favorise le travail réparateur par un isolement continu au moyen de tampons d'ouate, par des pansements avec les poudres de quinquina, de charbon végétal, de calomel, ou bien par des tampons d'ouate imbibés soit de vin aromatique, soit de laudanum, ou recouverts d'onguents calmants ou excitants.

» S'il se produisait, après la cautérisation, un violent mouvement fluxionnaire vers l'utérus, il faudrait le combattre par les sangsues à la région hypogastrique, par les frictions à la même région avec des pommades calmantes ou résolutives, par des bains de siége ou des bains généraux prolongés. Cette complication est du reste fort rare.

» Quand les granulations du col de la matrice sont anciennes, dures et très-développées, le nitrate acide de mercure, malgré son activité, n'obtient plus les mêmes succès, ou du moins ne les obtiendrait qu'après un temps plus ou moins long. Dans ces circonstances toutes spéciales, nous employons la *pâte caustique de Vienne* que nous appliquons à l'aide de notre *porte-caustique objectif.* Avec cet instrument, la pâte de Vienne n'est nullement à redouter, on peut à volonté limiter l'*étendue* et l'*épaisseur* de l'escharre, et empêcher toute fusée caustique sur les parties saines, voisines du siége du mal.

» La construction du *porte-caustique objectif du col utérin* est excessivement simple; il consiste en une mince tige de 8 à 10 pouces de longueur, surmontée d'un plateau circulaire d'un pouce de diamètre, quelquefois plus, quelquefois moins, suivant les dimensions du col utérin. Ce plateau circulaire, qui coïncide exactement avec l'ouverture utérine du *spéculum,* est entouré d'un rebord de 2 à 3 lignes de hauteur. Le tout est en étain ou en acier.

» Voici comment on procède à cette application :

» Le spéculum étant introduit de manière à embrasser et à mettre à découvert toute la partie malade, on le confie à un aide qui a toujours soin de le maintenir immobile contre le col utérin, au moyen d'un léger mouvement de propulsion dans le sens de la direction du col.



» Après avoir nettoyé la partie malade, on introduit dans le *spéculum* et on applique sur le col utérin le *porte-caustique objectif*, qui en embrasse toute l'étendue et qui est chargé d'une couche de pâte caustique proportionnée, en largeur et en épaisseur, à l'effet qu'on veut obtenir. On maintient le porte-caustique appliqué pendant tout le temps nécessaire à la production de l'escharre. Dix à quinze minutes suffisent ordinairement; après quoi on retire la tige métallique, en évitant de déranger le *spéculum*. On fait ensuite de nombreuses injections pour enlever jusqu'aux moindres atomes du caustique, on interpose enfin un bourdonnet d'ouate ou de charpie, on retire le spéculum et l'opération est finie.

» Par ce procédé, il n'y a jamais que le col utérin qui puisse être atteint par l'action destructive du caustique, action que l'on peut porter aussi profondément et superficiellement que l'on veut.

» Si les débris de caustique se détachaient pendant l'opération, ils tomberaient forcément dans le spéculum qui garantit les parties environnantes. Avec ce procédé on n'est jamais embarrassé par l'hémorrhagie, et on peut le réappliquer plusieurs fois si les circonstances l'exigent.

» On pourra, après une première cautérisation par le procédé que nous venons de décrire, recourir au nitrate acide de mercure, qui alors aura beaucoup plus de chances de réussir.

» Nous avons eu recours à ce procédé dans un cas de granulations très-invétérées du col utérin, qui avaient résisté à divers traitements, et notre tentative a obtenu un succès rapide et complet. »

CHAPITRE VII.

CONCLUSIONS.

Les blennorrhagies sont simples ou virulentes.

Les blennorrhagies virulentes sont produites par le virus chancreux ou par le virus granuleux déposés sur une muqueuse.

Les blennorrhagies virulentes sont donc: *A*, des blennorrhagies chancreuses; *B*, des blennorrhagies granuleuses.

Les blennorrhagies granuleuses sont caractérisées par un élément anatomo-pathologique spécial, appelé granulation.

La granulation est constituée par un tissu néoplastique sans analogue sur les muqueuses, et fortement vascularisé.

L'écoulement de la blennorrhagie granuleuse est constitué par un pus virulent, qui, par la contamination donne lieu à une affection en tout semblable à celle qui le produit.

Les granulations se présentent sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

Les phénomènes généraux de l'affection granuleuse sont inflammatoires.

Ces phénomènes plus ou moins intenses accompagnent toujours l'affection granuleuse.

La blennorrhagie granuleuse est donc une affection spécifique se manifestant sous la forme inflammatoire.

On ne peut confondre l'affection granuleuse ni les granulations avec les altérations produites par l'inflammation simple.

Les caractères qui différencient les granulations des hypertrophies papillaires et folliculeuses sont trop tranchés pour que jamais on puisse les confondre.

Les blennorrhagies granuleuses présentent des symptômes caractéristiques qui ne peuvent jamais être confondus avec ceux : *A*, de la blennorrhagie simple, et *B*, de la blennorrhagie chancreuse.

Les bubons ou tuméfactions ganglionnaires que l'on rencontre dans l'affection granuleuse sont sympathiques de la phlegmasie. Ils n'affirment donc rien au point de vue de la nature de l'affection. Ces bubons ne constituent qu'une simple complication.

La blennorrhagie granuleuse est due à une cause déterminante spécifique contagieuse, le virus granuleux, qui, déposé sur les muqueuses oculaire, uréthrale, et vagino-utérine, y détermine toujours la même altération en reproduisant à l'infini et le virus et la granulation.

Les granulations, sous le point de vue étiologique et symptomatique sont primitives ou consécutives.

Le traitement de la blennorrhagie granuleuse est prophylactique et curatif.

Le traitement curatif doit être la cautérisation.

La cautérisation doit être profonde, égale, et fréquemment répétée.

Les limites de la cautérisation sont indiquées par la destruction complète du mal.

Le caustique que l'expérience a démontré être le plus efficace est le nitrate acide de mercure.

Dans certains cas il faut avoir recours au nitrate d'argent fondu.

Le chlorure mercurique produit de bons effets lorsqu'il y a surabondance de *pus*, et qu'on est à la période suraiguë.

L'acétate plombique, l'acide tannique, le tannate plombique et la teinture d'iode sont utiles pour provoquer le travail réparateur, après la destruction complète des granulations.

Les granulations anciennes, invétérées, doivent être détruites par la cautérisation. Avant de procéder à la cautérisation, on doit quelquefois avoir recours à l'excision et aux scarifications.

Lorsque l'affection granuleuse se présente à l'état suraigu, il faut avant la cautérisation conjurer les accidents inflammatoires.

Dans tous les cas, pendant le cours de la médication modificatrice un traitement antiphlogistique et dérivatif énergique doit être mis en usage.

CHAPITRE VIII.

1re Observation. — *Blennorrhagie granuleuse de l'œil; observation recueillie dans le service de M. Thiry par M. L. Hyernaux, élève interne.*

Le nommé Henri Verh..., âgé de 25 ans, d'une bonne constitution, tempérament sanguin, se présente à la clinique le 18 avril 1852.

Il y avait alors neuf semaines, qu'ayant eu des rapports avec une femme

dont l'état de santé lui était inconnu, il fut atteint d'un écoulement blennorrhagique au troisième jour du rapprochement; soit insouciance, soit crainte de révéler son mal, il souffrit d'abord en silence et dans le secret les tourments de son affection.

Cependant, le 10 avril, le malade, en se levant, s'aperçoit qu'il a l'œil gauche endolori, rouge, enflammé; la paupière supérieure était légèrement tuméfiée et il existait une photophobie que l'éclat de la lumière exaspère encore. Croyant que c'était une simple ophthalmie catarrhale, qui ne tarderait guère à se dissiper, il n'y prêta aucune attention.

Ce n'est que huit jours plus tard, alors que le mal, loin de diminuer, revêtit des caractères qui commencèrent à l'inquiéter, qu'il se rendit à l'hôpital Saint-Pierre.

Voici les symptômes qu'il présente à son entrée :

La matière qui s'écoule du canal de l'urèthre est épaisse, jaunâtre, homogène et présente tous les caractères physiques du pus le mieux formé.

L'œil gauche est fermé, la paupière supérieure, fortement tuméfiée, recouvre tout le globe oculaire; elle est d'une couleur rouge violacé très-prononcé, l'inférieure l'est beaucoup moins. Un chémosis considérable forme un bourrelet très-saillant au pourtour de la cornée restée saine. Une matière purulente s'écoule en abondance par le grand angle de l'œil. En renversant la paupière supérieure, on la voit d'une rougeur vive; on y découvre, à l'œil nu, de petits points d'un rouge amarante, saillants, imbriqués dans le sens du cours du liquide qu'ils sécrètent constamment, c'est-à-dire vers les points lacrymaux. Ces éminences deviennent plus nombreuses, à mesure qu'on les examine plus près du pli oculo-palpébral. De petits sillons entrecroisés dans tous les sens, sans affecter dans leur distribution la moindre symétrie, séparent ces petites saillies; on en voit sourdre instantanément, à mesure qu'on l'absterge, le pus qui s'étend ensuite en nappe sur toute la conjonctive : il en comble ainsi les sillons et y occasionne une apparente uniformité. La muqueuse, dépourvue d'épithélium, saigne au moindre contact.

Afin de ne pas laisser de doute dans l'esprit des nombreux élèves et des praticiens étrangers qui se trouvaient présents, on introduisit, au moyen d'une curette, une gouttelette de la matière sécrétée par ces granulations, dans le canal sain d'un individu qui voulut bien se prêter à cette expérience. Une blennorrhagie granuleuse fut prédite chez ce jeune homme, et l'observation du lendemain nous fit constater ce fait. En effet, 24 heures après la *contamination*, l'écoulement se manifestait. La moindre pression à l'orifice uréthral en faisait sourdre des stries de sang mêlées à du pus qui se renouvelait sans cesse.

Un traitement énergique fut immédiatement prescrit : la cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent d'abord, avec le crayon ensuite, parvint à grand' peine à triompher de cette uréthrite granuleuse qui, si elle avait été simple, purement catarrhale, ne se serait certes pas montrée aussi réfractaire. Ce n'est qu'après six semaines d'un traitement assidu et toujours modificateur, que l'écoulement s'arrête.

La négligence de notre ophthalmique, le retard qu'il avait mis à requérir des soins convenables, l'affection toute spéciale, éminemment destructive et rebelle, dont il était atteint, tout cela avait concouru à mettre son œil dans un état singulièrement compromettant.

L'énergie du traitement devait donc être mesurée sur la gravité même de cette redoutable affection.

De larges cautérisations avec le nitrate d'argent furent immédiatement opérées. Des applications continuelles d'eau froide et d'une pommade mercurielle dans laquelle entrait l'extrait de belladone furent également mises en usage. La potion de Chopart fut prescrite à l'intérieur. Une solution de nitrate d'argent fut employée en injection dans l'urèthre. La diète absolue, des scarifications sur la muqueuse nasale, amendèrent l'état fiévreux auquel le malade était en proie et modifièrent avantageusement le travail phlegmasique granuleux.

Le 19 avril, le malade était mieux, la paupière, moins tuméfiée, était cependant encore d'un rouge violacé.

On continue les cautérisations et les applications réfrigérantes : Eau de Sedlitz ʒij. — Diète.

Le 20, chémosis considérable, rougeur moins vive à la conjonctive palpébrale supérieure. La cornée est toujours intacte ; fièvre. Scarification dans les narines ; cautérisation ; diète.

Du 21 au 23, amélioration sensible. La tuméfaction est diminuée au point que le malade peut écarter les paupières. La rougeur violacée a presque disparu. La conjonctive palpébrale est moins injectée, surtout dans l'étendue du cartilage tarse. Cependant le chémosis persiste. Instillation dans l'œil, plusieurs fois le jour, de quelques gouttes d'un collyre avec un grain de sublimé pour deux onces d'eau distillée. Cautérisation des granulations. Eau froide en permanence. Régime léger, lait.

Depuis cette époque jusqu'au 7 mai, la maladie resta pour ainsi dire stationnaire. A peine une amélioration légère était-elle venue nous inspirer quelque espérance, que le lendemain, une recrudescence que rien n'avait pu faire prévoir, que rien n'expliquait, si ce n'est la ténacité et le caractère tout spécifique de l'affection, nous faisait craindre les déceptions les plus malheureuses.

Tous les jours des déplétions sanguines à l'aide de sangsues appliquées aux narines, des purgatifs salins de temps à autre, le calomel à dose réfractée, vésicatoire permanent à la nuque, entre les épaules, laudanum de Rousseau, collyre au sublimé, réfrigération constante, pommade mercurielle belladonée, cautérisations réitérées, parfois même deux fois dans la journée ; tout avait été employé avec une constance et une assiduité qu'on ne pouvait dépasser, et les granulations, comme une hydre toujours renaissante, reparaissaient avec une incroyable promptitude.

Cependant, le 10 mai, une amélioration plus sensible et plus stable s'annonce. La conjonctive oculaire ne présente qu'une légère injection qui laisse apercevoir le nacré de la sclérotique.

La cornée transparente est intacte ; elle paraît moins imbibée, moins macé-

rée que les jours précédents, écartement des paupières facile, photophobie infiniment moindre.

Les granulations qui ont pour siége la conjonctive palpébrale ont considérablement diminué de volume. Elles ne sont plus même apparentes en certains endroits. Celles qui restent sont encore saignantes au moindre contact. Collyre, un grain de sublimé par once d'eau. Eau froide, sangsues aux ailes du nez, nouvelle cautérisation.

Dès ce moment tout alla pour le mieux, le globe oculaire revint bientôt à son état normal ; vision parfaite ; la muqueuse palpébrale seule est foncièrement transformée. Elle a perdu son poli et sa netteté ordinaire, on y remarque même des traces de véritable tissu cicatriciel ; vers l'angle externe seulement, il existait encore, au mois de juin, un petit paquet granuleux qui continue à fournir une faible sécrétion.

L'amélioration ne devait pas être définitive ; sous l'influence de variations atmosphériques fâcheuses, le malade, trop avide de jouir des bienfaits de l'air extérieur, a vu son état s'empirer tout à coup. La sécrétion purulente qui était presque réduite à rien, a singulièrement augmenté. La conjonctive s'est injectée de nouveau, et un certain degré de photophobie n'a pas manqué de reparaître. Profitant ainsi d'une cause irritante extérieure, le principe contagieux a repris une activité plus grande, et alors que l'on croyait avoir combattu victorieusement cette redoutable affection, le malade se plaignit de picotement dans l'œil droit, jusqu'alors resté sain, grâce, sans doute, à la recommandation expresse qui lui avait été faite, de ne jamais y porter les mains, et d'éviter de se coucher sur ce côté.

Déjà on y aperçoit de petites granulations à l'état miliaire, d'un aspect velouté au moment où l'on renverse la paupière, saignant à la plus légère pression. Déjà la sécrétion est assez abondante, et il suffit d'un instant pour voir toutes les inégalités se remplir immédiatement d'un liquide légèrement puriforme qui finit bientôt par cacher les éminences granuleuses.

Il n'y avait pas à temporiser : une large cautérisation fut immédiatement pratiquée ; un purgatif salin fut administré, quatre sangsues aux ailes du nez.

Malgré une thérapeutique aussi énergique, et appliquée dès le début, le mal fit des progrès rapides. La fièvre survint plus violente que jamais, et l'œil droit, en raison de la rapidité et de la gravité des symptômes, nous donna des inquiétudes plus sérieuses que ne l'avait fait son congénère. Le gonflement, la turgescence de la paupière supérieure, sa coloration violacée, le renversement de ses bords, le chémosis, la compression de la cornée, l'imbibition, le ramollissement de cette membrane, les taches nébuleuses opaques qui s'y formèrent, tel était son état. C'en était certes assez pour faire présager une terminaison fâcheuse.

Ainsi qu'on l'avait fait pour l'œil gauche, on pratiqua des cautérisations deux fois le jour pendant l'acuité des symptômes ; on fit deux profondes incisions à la face oculaire de la paupière supérieure, on opéra des scarifications dans des

paupières, et tous les jours, pendant un mois, on y fit l'application de deux ou quatre sangsues. Le calomel fut administré à l'intérieur et un large vésicatoire fut établi entre les épaules. Une diète rigoureuse fut observée, en même temps qu'à l'aide d'un syphon on faisait arriver sur l'œil un jet continu d'eau froide chargée de sulfate d'alumine.

Sous l'heureuse influence de ce traitement, les symptômes si graves, si compromettants d'abord, s'amendèrent peu à peu et disparurent bientôt, les fonctions des yeux se rétablirent nettement, et le 15 juillet la guérison était assurée, les globes oculaires ne présentant plus la moindre trace d'altération. Les conjonctives palpébrales, par la perte de leur poli, leur état dur, presque cartilagineux, témoignent seules de l'existence passée d'une affection qui avait profondément modifié ces muqueuses.

2e Observation. — *Blennorrhagie granuleuse double de l'œil; par M. Valère Petit, élève interne (service de M. Thiry).*

Le nommé Desmet, âgé de 24 ans, tempérament lymphatique, constitution faible, entre à l'hôpital le 20 octobre 1853. Il est atteint d'uréthrite et d'ophthalmie.

Le malade fait remonter l'existence de son uréthrite à un mois environ: deux jours après avoir eu des rapports avec une fille publique, une inflammation intense et très-douloureuse se déclara dans la muqueuse uréthrale; cette inflammation se propageant au prépuce, donne naissance à un phimosis accidentel; en même temps une matière épaisse, jaune-verdâtre, striée de sang, s'écoule en abondance du canal de l'urèthre. La miction est excessivement douloureuse, et le malade accuse un sentiment de chaleur brûlante, de cuisson, à la région périnéale. Cependant, malgré les vives souffrances qu'il éprouve, il ne réclame point les secours de l'art, et d'après le conseil de quelques amis, il confie au temps et à la nature le soin de sa guérison.

Une amélioration très-peu sensible s'était opérée dans son état à la date du 12 octobre; l'écoulement était encore très-abondant, mais les douleurs avaient diminué d'intensité, quoique encore assez vives pendant l'émission des urines.

Quelque légère qu'ait été, après ce laps de temps, l'amélioration apportée dans les symptômes de l'uréthrite, cette inflammation, si elle eût été simple, pouvait dans un temps plus ou moins long se résoudre d'une manière insensible, sans laisser après elle aucune trace de son existence; mais une circonstance malheureuse vint apprendre à notre malade, et nous faire reconnaître à tous qu'il existe plusieurs espèces d'uréthrite, et qu'il est de toute nécessité, pour traiter ces affections, d'admettre une nouvelle division. Quelquefois, l'inflammation de la muqueuse uréthrale passe à la résolution par les seules forces de l'organisme, lorsqu'une irritation simple l'a produite; d'autres fois elle ne cède qu'à un traitement profondément modificateur, employé avec énergie et persévérance: c'est lorsqu'elle est la conséquence de l'action d'une cause de nature spécifique, d'un véritable virus (granuleux ou chancreux).

La veille de son entrée, le malade, après avoir changé le linge dans lequel était reçu l'écoulement mucoso-purulent du canal de l'urèthre, se coucha sans avoir soin de se laver les mains, qui étaient plus ou moins souillées par la matière morbifique contagieuse.

Pendant la nuit il éprouva des picotements dans l'œil gauche. Il y porta la main à plusieurs reprises dans l'espoir de les faire cesser ; plus le malade frottait, plus les picotements étaient vifs et rapprochés ; bientôt il ressentit une chaleur brûlante, suivie d'une douleur lancinante et d'une tuméfaction si considérable, qu'à son lever il ne pouvait plus entr'ouvrir les paupières.

Justement alarmé d'une affection qui, débutant si brusquement, atteignait en moins de douze heures une intensité si grande, le malade s'empressa de venir réclamer des soins à l'hôpital Saint-Pierre.

Lors de la visite du chef de service, voici les symptômes que l'on observe.

La verge est le siége d'un œdème inflammatoire considérable. Phimosis incomplet. Un pus jaunâtre, d'une odeur caractéristique, mêlé de stries de sang, s'écoule en abondance du canal de l'urèthre.

L'œil gauche est fermé ; impossibilité au malade de l'ouvrir sans y porter la main. La paupière supérieure, rouge sombre, présente une forte convexité en avant ; elle est le siége d'un engorgement considérable. Les mêmes caractères, non moins prononcés, se remarquent à la paupière inférieure. Les deux paupières écartées au moyen des doigts, on aperçoit des brides fibrineuses qui s'étendent d'une conjonctive à l'autre, et les tiennent mécaniquement réunies. Ces brides sont dues à la coagulation du sang produit par la surface conjonctivale. Outre ces brides fibrineuses, on constate une forte accumulation de pus entre les deux paupières. Ces brides dues à la coagulation du sang, adhèrent assez intimement à la face interne des paupières, et à la partie antérieure du globe oculaire, qu'elles cachent entièrement. Enlevées au moyen du stylet, elles laissent à découvert la cornée qui est intacte. Autour de la cornée existe un chémosis très-considérable comprimant fortement le globe oculaire. Les mouvements de l'œil dans la cavité orbitaire sont difficiles et très-douloureux. Photophobie très-prononcée. L'œil droit est sain.

L'état général du malade est satisfaisant. Peu de réaction ; à peine le pouls accuse-t-il un léger mouvement fébrile.

En présence des symptômes que je viens d'énumérer, et des commémoratifs rapportés plus haut, M. Thiry diagnostique une uréthrite granuleuse, ayant donné naissance, par le transport du virus granuleux dans l'œil gauche, à une ophthalmie granuleuse.

La filiation, l'identité de ces affections, ne nous laissent aucun doute.

On porte le nitrate d'argent fondu sur les conjonctives granuleuses. Cette cautérisation ne peut se faire d'une manière complète ; car le gonflement énorme des paupières s'oppose à leur renversement, et de plus elles sont le siége d'un blépharospasme tellement violent, qu'il est presque impossible de les tenir renversées.

La cautérisation pratiquée, on éteint aussitôt le caustique au moyen de l'huile d'amandes douces et de belladone.

Pour combattre la complication inflammatoire, on applique 15 sangsues aux apophyses mastoïdes, et on fait de profondes scarifications dans le nez. On établit, au moyen d'un syphon, un système d'irrigation continue d'eau froide chargée de sulfate d'alumine et de potasse; on opère une révulsion sur le tube digestif, en administrant un purgatif; diète absolue.

On combat l'uréthrite par des injections d'une solution de nitrate d'argent gr. IV par ℥ d'eau distillée.

Le 21, nous avons devant nous une ophthalmie double.

L'œil droit avait été infecté la veille par le malade lui-même, il offre les mêmes symptômes que ceux que présente actuellement l'œil gauche, sauf l'acuité qui est plus grande à gauche. De chaque côté, les paupières supérieures sont fortement saillantes, rouge vif à droite, rouge violacé à gauche. De chaque côté un chémosis volumineux entoure la cornée qui est saine.

Des deux yeux, dont les paupières sont agglutinées, s'écoule un liquide jaunâtre, purulent, très-abondant. Le traitement est le même pour les deux yeux: *Cautérisation profonde*, extinction du caustique. Le blépharospasme empêche une cautérisation uniforme et complète.

On applique de nouveau quinze sangsues aux apophyses mastoïdes; scarification de la muqueuse nasale, irrigation continue sur chaque œil, diète absolue.

Le même traitement que celui de la veille est continué pour l'uréthrite, l'écoulement est déjà moins considérable et moins épais.

Le 22, l'inflammation des paupières a diminué d'intensité, la coloration rouge-sombre a fait place à une couleur plus vive, légèrement rosée. La tuméfaction, moins considérable, permet le renversement des paupières, lequel s'effectue avec assez de facilité à droite, malgré la contraction spasmodique du muscle orbiculaire, tandis qu'il est excessivement difficile à gauche, non-seulement à cause du blépharospasme, mais à cause du peu de fixité des cils qui s'arrachent à la moindre traction; quoi qu'il en soit, les paupières étant retournées, on constate des granulations très-nombreuses, très-proéminentes à la face interne de la paupière supérieure droite. Ces granulations présentent un aspect velouté, rouge-amarante; elles saignent au moindre contact, ce qui indique une destruction complète de l'épithélium. Il en existe également à la paupière inférieure, mais elles y sont moins développées et moins nombreuses; ces granulations sécrètent un liquide purulent très-abondant, qui se reproduit aussitôt qu'il a été épongé.

Des paquets de granulations énormes se voient, quand on parvient à renverser la paupière supérieure gauche; la conjonctive palpébrale en est littéralement couverte; elles augmentent en volume au fur et à mesure qu'on les examine plus près de l'angle interne; la paupière inférieure en est également recouverte. En raison du nombre plus considérable de granulations à gauche, la sécrétion purulente y est plus abondante que du côté droit.

A droite et à gauche la cornée est intacte; elle laisse apercevoir la membrane iris parfaitement saine. Le chémosis est très-développé des deux côtés. . . .

M. Thiry cautérise largement et profondément les deux conjonctives droites, et parvient, après quelque difficulté, à cautériser de la même manière les deux conjonctives gauches; bien que l'état inflammatoire ait considérablement diminué, il fait appliquer quinze sangsues aux apophyses mastoïdes, il renouvelle les scarifications nasales, il continue les irrigations froides et on ne permet au malade qu'une demi-soupe au lait.

On suspend les injections de nitrate d'argent que l'on avait employées contre l'uréthrite, l'écoulement étant devenu séreux.

A la date du 26, six jours après son entrée, le malade entr'ouvre parfaitement les yeux; la photophobie n'est plus aussi grande; la turgescence des paupières a considérablement diminué, leur coloration est rosée; le chémosis qui entourait la cornée tend à se résoudre, et les granulations, quoique toujours assez nombreuses, diminuent de volume, sécrètent moins abondamment, et le produit de leur sécrétion se rapproche de l'écoulement muqueux.

On cautérise de nouveau les quatre paupières et on répète la cautérisation aussi longtemps qu'on aperçoit une seule granulation.

On abandonne les sangsues; des scarifications sont faites dans le nez et on continue les irrigations.

Tout faisait espérer une terminaison heureuse, lorsque deux nouvelles granulations, attaquant l'une l'œil gauche, l'autre l'œil droit, à vingt-quatre heures d'intervalle, vinrent réveiller des inquiétudes nouvelles.

Le 4 novembre, le malade se plaint de ne plus voir aussi bien que les deux jours précédents; la vue est plus confuse à gauche qu'à droite; on recherche avec soin quelle peut en être la cause.

Les paupières, légèrement rosées, sont entièrement dégorgées et se retournent avec facilité; elles laissent voir des granulations isolées, qui présentent une dureté assez prononcée et ne sécrètent que peu; le chémosis tend à disparaître de chaque côté.

Cependant, à droite, une portion de la partie inférieure de l'iris vient faire hernie à travers les lames ulcérées de la cornée à sa partie inférieure et constituer un staphylôme. A gauche, un léger nuage se voit sur la cornée et empêche le malade de distinguer nettement les objets.

La manifestation de ces complications n'apporte aucun relâchement dans le traitement modificateur, mais elle est la source de nouvelles indications thérapeutiques. Ainsi, on cautérise largement les granulations qui restent et, comme cette ulcération de la cornée a été déterminée par la violence de l'inflammation, on continue les irrigations.

Pour s'opposer à la sortie d'une plus grande partie de l'iris et dégager autant que possible celle qui avait traversé la cornée, on administre la belladone au malade en même temps qu'on fait faire des frictions autour de l'orbite avec une pommade mercurielle dans laquelle entre l'extrait de belladone.

Le 5, le staphylôme est moins saillant, la pupille est énormément dilatée.

Le nuage constaté la veille sur la cornée gauche est devenu plus épais, et recouvre la cornée dans toute sa surface. Le malade a complétement perdu la vue de ce côté. On reconnaît un abcès de la cornée ou onyx.

Même traitement que celui du 4. On applique un large vésicatoire à la région cervicale postérieure.

Les 6, 7, 8 et 9, l'iris se dégage à droite, et la vue n'est plus que médiocrement gênée de ce côté; le pus épanché entre les lames de la cornée gauche s'accumule à la partie inférieure de la circonférence de cette membrane. Aussi aperçoit-on en haut l'iris intact, et le malade accuse-t-il la distinction possible entre la lumière et l'obscurité.

Même traitement. On entretient le vésicatoire, et on abandonne les irrigations.

Les 10, 11, 12, 13, 14 et 15, le staphylôme a disparu à droite, et est remplacé par une cicatrice. La vue est totalement rétablie du côté droit.

Du côté gauche l'épanchement entre les lames de la cornée se concentre davantage, on n'aperçoit plus l'iris que par le segment supérieur de la cornée; l'opacité de la partie inférieure de la cornée est complète, elle offre un aspect blanc nacré; sa surface est inégale, présente quelques bosselures. On est d'avis de ne tenter aucune opération. Du reste rien ne presse, puisque la vision du côté droit est parfaitement rétablie.

Cette observation mérite à plus d'un titre de fixer l'attention des praticiens. Elle renferme l'étude entière et complète de l'ophthalmie granuleuse, et de ses plus graves complications. Elle établit d'une manière péremptoire la contagiosité de cette terrible affection, et sa nature spécifique et sans analogues; elle démontre l'énergie avec laquelle on doit combattre ses manifestations pathologiques, et trace la ligne de conduite que l'on doit tenir en présence des complications qui surgissent.

Chez ce malade, le traitement des accidents inflammatoires d'une part, celui de l'onyx et du staphylôme de l'autre, étaient compatibles avec le traitement des granulations; aussi, tout en attaquant ces complications, n'a-t-on cessé de combattre l'altération première et fondamentale.

A la sortie du malade, qui eut lieu le 20 décembre, les granulations étaient entièrement guéries, la vue était parfaite du côté droit. L'œil gauche se trouvait dans l'état indiqué.

OBSERVATION 3e. — *Blennorrhagie granuleuse de l'urèthre; blennorrhagie granuleuse de l'œil consécutive. (Observation recueillie dans le service de M. Thiry.)*

Le fait suivant, mieux que tous les raisonnements, prouve la vérité de ce que nous avons dit sur le mode de propagation des blennorrhagies granuleuses.

Dans le mois de novembre dernier, un individu, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution peu robuste, entre dans le service de M. Thiry, à l'hôpital Saint-Pierre. Il y a un mois, à la suite de rapports avec une femme infectée de blennorrhagie, il fut atteint d'une uréthrite sur-aiguë, caractérisée par un écoulement de muco-pus abondant et par des douleurs très-vives. Deux

jours avant son entrée, ce malade, par inadvertance, porte ses doigts souillés par l'écoulement uréthral à son œil gauche. Le lendemain, les conjonctives s'enflamment, deviennent douloureuses; l'affection marche avec une telle rapidité, que les fonctions visuelles sont complétement suspendues, ce qui force cet individu à venir immédiatement réclamer les soins du chirurgien de l'hôpital.

A son entrée, les paupières sont fortement tuméfiées; elles sont œdématiées par suite de la violence de la phlegmasie et reflètent une couleur rouge sombre, vineuse.

Les bords libres des paupières sont légèrement renversés en dehors; écoulement purulent d'une abondance extrême, douleurs vives s'irradiant dans la région orbitaire. Les cils, adhérents les uns aux autres, se détachent avec facilité. Lorsqu'on veut retourner la paupière supérieure, il se produit un blépharospasme tel qu'on ne peut y parvenir; on n'arrive même pas tout d'abord à écarter les paupières du globe oculaire qu'elles compriment d'avant en arrière; cet obstacle est la conséquence de petites brides produites par du sang épanché, que l'on enlève avec un stylet. Cet obstacle une fois levé, on découvre que les conjonctives ont subi la transformation granuleuse la plus complète, la plus évidente. On examine l'écoulement uréthral; il offre une analogie et de plus une identité parfaite avec celui qui provient de l'œil.

L'inflammation est très-vive, l'uréthrite est compliquée de phymosis inflammatoire très-prononcé, qui empêche d'examiner immédiatement le méat urinaire.

Pendant que le professeur faisait ressortir les causes et les caractères anatomiques analogues de cette terrible maladie devant ses élèves, le patient, portant instinctivement la main à son œil malade, le frotta de manière à enlever le pus qui s'écoulait, puis, sans désemparer, porta cette main à l'œil droit qui était sain. Aussitôt le professeur fit remarquer ce fait à ses élèves et les pria de vouloir considérer ce qu'ils venaient de voir comme une instruction au point de vue scientifique, quoique ce fût un grand malheur pour le malade. On fit la prédiction que le lendemain, à la même heure, l'œil droit serait frappé d'ophthalmie granuleuse intense.

Le lendemain, à la même heure, on se trouvait en présence d'une blennorrhagie granuleuse double de l'œil. L'œil droit offrait les symptômes les plus intenses de cette grave affection.

OBSERVATION 4e. — *Blennorrhagie granuleuse uréthrale et vagino-utérine.* (*Observation recueillie dans le service de M. Thiry*).

La nommée G. Elisa, âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 16 septembre 1853.

Cette malade est atteinte de granulations dans le canal de l'urèthre et au col utérin.

La muqueuse du canal de l'urèthre présente une tuméfaction avec rougeur caractéristique. Du pus s'en écoule en abondance, et est renouvelé sans cesse.

Des granulations acuminées, imbriquées, d'un rouge amarante, se montrent dans les deux culs-de-sac du conduit.

Lorsqu'on écarte les lèvres du méat urinaire, on aperçoit des granulations imbriquées, nombreuses et saignant au moindre contact et par la pression sous-uréthrale.

Du muco-pus en abondance s'écoule du vagin et est renouvelé sans cesse.

A l'examen par le spéculum, le col de la matrice représente, à son segment supérieur, une surface semi-elliptique de la dimension d'une pièce d'un franc, d'un rouge amarante caractéristique et saignant au moindre contact.

Cette surface qui sécrète du pus dépasse le niveau de la muqueuse. Elle est recouverte de granulations nombreuses, acuminées, imbriquées d'un rouge amarante, séparées par des sillons irréguliers qui sécrètent du pus. Le tissu sous-jacent est fortement tuméfié.

Le traitement pour le col utérin consiste en cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure, isolement, compression antéro-postérieure ; injections et lotions fréquentes.

Les cautérisations furent répétées 4 fois en 13 jours.

Quant au canal de l'urèthre, six cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent fondu et des applications d'acétate de plomb et de teinture d'iode, ont suffi pour mener l'affection à bonne fin.

La malade quitte l'hôpital le 28 décembre 1853. La guérison est parfaite.

Observation 5e. — *Blennorrhagie granuleuse du col utérin. (Observation recueillie dans le service de M. Thiry).*

La nommée Thérèse T., âgée de 22 ans, de bonne constitution, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 15 septembre 1853.

Cette fille est atteinte de granulations au col utérin. Elles circonscrivent le museau de tanche et pénètrent dans son intérieur. Elles occupent l'étendue d'une pièce de 1 franc, sont placées de champ d'une manière irrégulière et sont très-développées. Leur élévation dépasse le niveau de la muqueuse, qui elle-même est enflammée.

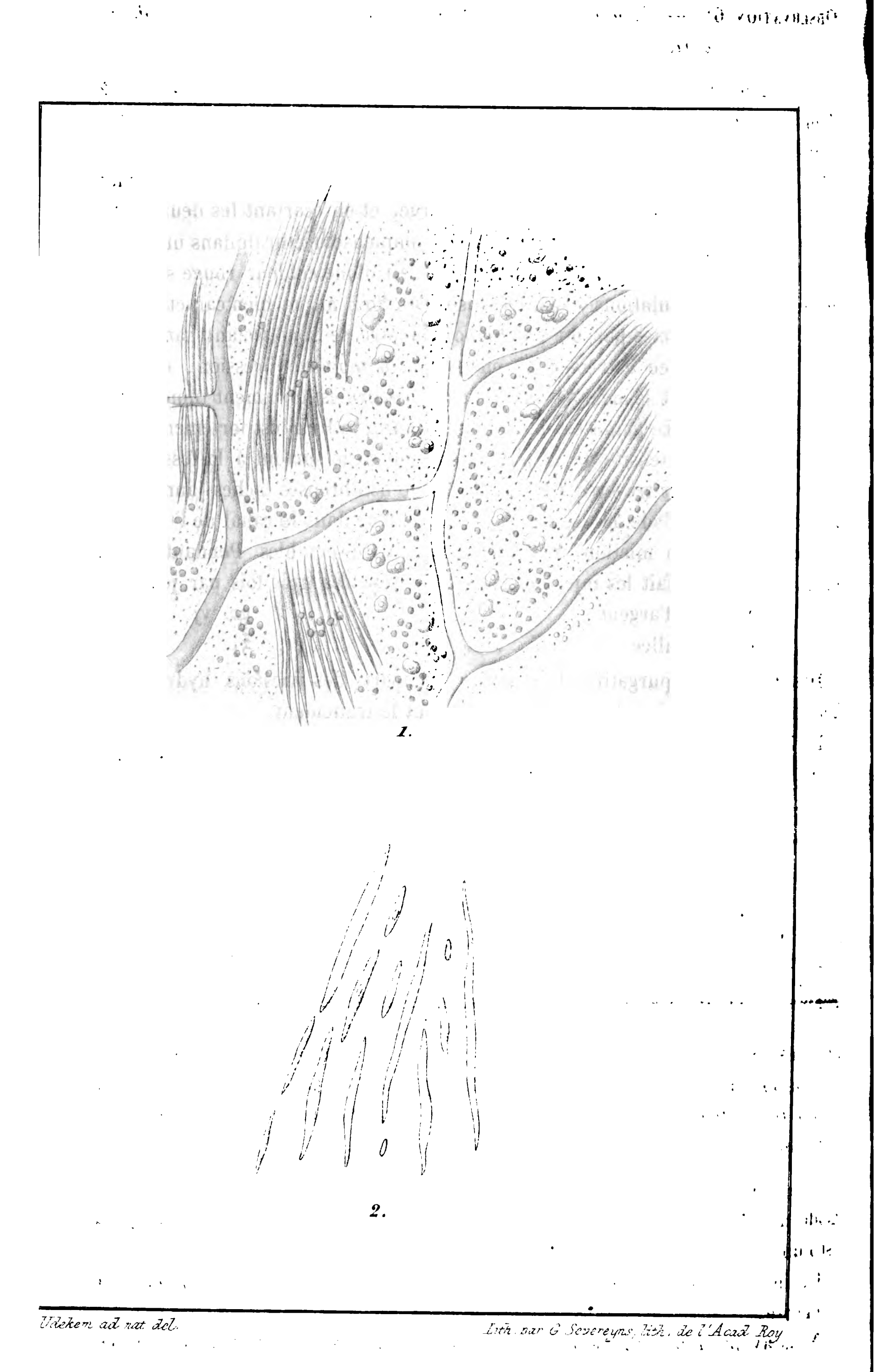
Ces granulations sont d'un rouge amarante bien caractérisé, imbriquées, et se dressent dès qu'on les frotte en sens inverse de leur inclinaison. Les sillons qui les séparent sont remplis de pus, le moindre frottement fait sourdre du sang en abondance. Le col utérin est très-engorgé, mais on n'y constate aucune dureté. Les douleurs utérines sont très-vives. L'affection est accompagnée de réaction générale.

Traitement. — Cautérisation par le nitrate acide de mercure, isolement, compression antéro-postérieure, injections et lotions fréquentes.

Dix fois en deux mois, on pratique la cautérisation avec le nitrate acide de mercure ; les granulations persistent et saignent au moindre contact, il y a boursoufflement du col utérin et aménorrhée.

Le 10 décembre, il y a une grande amélioration dans l'affection granuleuse. On alterne le calomel et la cautérisation. La malade se trouve en pleine voie de guérison.

Peu de temps après, elle quittait l'hôpital dans un état parfait de santé.



1.

2.

Udekem ad nat. del.

Lith. par G. Severeyns, lith. de l'Acad. Roy.

OBSERVATION 6e. — *Blennorrhagie granuleuse du canal de l'urèthre. (Observation recueillie dans le service de M. Thiry).*

Le nommé B., François, pompier, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital le 1er avril 1853. Il est atteint d'un écoulement uréthral datant de 4 jours.

Le canal de l'urèthre de ce malade se prête admirablement aux recherches auxquelles on procède. L'urèthre est très-large, et en écartant les deux lèvres de l'orifice, on peut facilement apercevoir la muqueuse uréthrale dans une étendue de trois à quatre lignes. Cette muqueuse est d'une couleur rouge sombre, amarante. Les granulations y sont très-visibles à l'œil nu, et bien caractérisées. Elles sont recouvertes par du pus blanc jaunâtre se renouvelant sans cesse avec une abondance extrême; si on exerce la moindre pression, du sang s'écoule en nappe et se mêle au pus. Le méat urinaire est fortement tuméfié, retourné en dehors. Le gland est d'un rouge sombre, le frein est fortement tendu par le fait de l'intensité de la phlegmasie qui siége surtout à la fosse naviculaire. Le linge est traversé à l'instant par de nombreuses taches jaunes sanguinolentes. Le malade accuse beaucoup de douleur dans le canal de l'urèthre, surtout pendant la miction. Les érections sont très-pénibles. Pendant les six premiers jours on fait les injections suivantes, répétées trois fois par jour.

Nitrate d'argent. . . . . gr. vj.
Eau distillée. . . . . ℥j.

Des bains, des purgatifs, la potion de Chopart, des frictions hydrargyro-belladonées, des soins de propreté complètent le traitement.

Le 7 avril, il y a une amélioration notable.

On ne fait plus qu'une injection par jour.

A partir du 7 avril, on diminue la dose de nitrate d'argent.

On fait une injection matin et soir avec la solution suivante :

Nitrate d'argent. . . . . gr. iij.
Eau distillée. . . . . ℥ij.

Une potion camphrée est administrée à l'intérieur.

Le 14 mai, le malade quitte l'hôpital. La guérison est complète.

SUR LES AVANTAGES QUE PRÉSENTE L'APPAREIL AU PLATRE DU DOCTEUR MATHYSEN DANS LE TRAITEMEMT DES FRACTURES, DES ENTORSES ET DES TUMEURS BLANCHES; *par le docteur* A. UYTTERHOEVEN, *chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean, membre honoraire de la Société.*

Parmi les nombreuses modifications qui ont été proposées dans les temps modernes au traitement des fractures, l'appareil plâtré du docteur Mathysen est l'une des plus dignes de fixer l'attention du chirurgien.

La simplicité de l'appareil et sa prompte solidification en font, à nos yeux, tout le mérite.

Nous avons donc cru de notre devoir de le mettre à l'essai dans le service

d'hôpital qui nous est confié, et le résultat a pleinement répondu à l'idée favorable que nous nous en étions formée.

Cette nouvelle méthode de déligation a été amplement décrite par le docteur Van de Loo, qui l'a aussi perfectionnée, dans le *Journal* de la Société (1).

Inutile donc d'en répéter la description, seulement nous devons faire observer que nous nous sommes presque toujours servi de la bande roulée, dont l'application est plus simple et plus prompte, sans vouloir cependant infirmer en aucune façon les avantages du mode d'application au moyen de bandelettes séparées, appareil qui ne nécessite point, pour l'examen du membre, une section plus ou moins pénible à l'aide des cisailles.

En exposant les divers faits de nos expérimentations, nous avons pensé aussi bien faire en les résumant dans les termes les plus laconiques.

Il ne s'agit pas en effet de l'étude des fractures dans toutes les variétés qu'elles présentent, mais uniquement du choix d'un appareil, propre à maintenir dans l'immobilité les fragments d'un os brisé, en dehors de toute autre considération, et dont tout le mérite doit consister dans la facilité de son application, et surtout dans l'immense avantage, que présente celui dont il est question, d'acquérir, au bout de quelques minutes, le degré de solidité nécessaire au maintien de la réduction des os brisés et déplacés ; mérite que l'on ne rencontre dans aucun autre des appareils appelés *solidifiables*.

1re Obs. — Vanderelst (François), commissionnaire, 63 ans, entre à l'hôpital Saint-Jean, le 5 mai 1853, avec une fracture oblique du col chirurgical de l'humérus droit. La réduction s'opère avec facilité, pour peu que l'on appuye sur le fragment supérieur, tandis que le bras est dans une position horizontale, de manière à faire un angle droit avec le tronc ; mais dès qu'on rapproche le coude des parois thoraciques, il se traduit une tendance au déplacement que les manœuvres de la coaptation s'efforcent en vain de réprimer.

On applique le bandage au plâtre en maintenant le bras dans la position la plus favorable à la réduction, c'est-à-dire écarté du tronc à angle droit ; l'avant-bras, demi-fléchi, est soutenu par l'aide chargé de l'extension.

Après avoir entouré le membre d'une bande sèche, le chirurgien commence par faire, au niveau de la fracture, 3 ou 4 circulaires avec une bande de quatre mètres, plâtrée et humectée ; il épuise le globe par un spica de l'aisselle, dont il recouvre toute l'épaule ; le spica est séparé de la peau par une large bande non plâtrée. Il reprend ensuite les tours de bande plâtrée à partir de la main jusqu'à l'épaule ; trois doubles en font toute l'épaisseur.

On conserve au membre la même position, tout en continuant l'extension et la contre-extension pendant 18 minutes. La dessiccation de l'appareil étant alors complète, après avoir placé dans l'aisselle un coussin conique fixé par deux cordons au côté opposé du cou, on rapproche le coude du tronc, ce qui resserre le spica, et le fait agir plus avantageusement encore sur le fragment supérieur ; une dernière bande entoure le tronc en comprenant dans les circulaires le tiers inférieur du bras ; l'avant-bras est porté en écharpe.

(1) Voir notre tome XVI, p. 452.

Le malade passe une bonne nuit; le lendemain il accuse une légère douleur qui dure 3 à 4 jours; il cesse dès lors de se plaindre. L'appareil reste dans le même état jusqu'au 27 juin, sans qu'il se soit offert à l'observation journalière aucune indication de visiter le membre. On enlève, à cette époque, le bandage qui n'a rien perdu de sa raideur ni de sa consistance. La consolidation est complète; pas de difformité apparente. A la sortie du malade, 7 jours plus tard, on ne remarque qu'un peu de gêne dans les mouvements; l'élévation spontanée des deux bras présente à peine une légère différence.

2e OBS. — Paternoster (Egide), tonnelier, 64 ans, se présente à l'hôpital le 19 mai, au moment où il venait de se fracturer l'humérus gauche, au tiers inférieur, en tombant dans un escalier. La réduction est faite immédiatement, et suivie de l'application du bandage au plâtre.

A cet effet, un aide fait l'extension en agissant sur l'avant-bras demi-fléchi et en semi-pronation. Le membre étant recouvert d'une bande sèche, le chirurgien fait quelques tours de bande plâtrée au niveau de la fracture, et après en avoir entouré le bras et l'avant-bras depuis la main jusqu'au creux axillaire, il combine les circulaires avec une bandelette double, plâtrée, large de 0,08, et placée longitudinalement sur les faces interne et externe du bras et dont le plein vient embrasser l'extrémité supérieure et postérieure de l'avant-bras demi-fléchi. Cette espèce d'attelle est fixée au pli du coude par un 8 de chiffre et, aux régions brachiale et antibrachiale, par des circulaires; l'avant-bras est soutenu par une écharpe.

L'appareil, desséché en douze minutes, n'est pas sectionné; on se borne à surveiller le membre attentivement, afin d'en venir, en cas de nécessité, à l'incision du bandage; il n'est enfin ouvert que le 15 juin, et alors, malgré sa solidité excessive, il se laisse couper avec une facilité étonnante. La peau ne présente aucune trace de souffrance, la consolidation était parfaite.

3e OBS. — Vanderhulst (François), ferblantier, 37 ans, est admis à l'hôpital le 8 juin pour une fracture de la jambe gauche au tiers inférieur. Le déplacement est peu prononcé, mais le gonflement est considérable; on réduit, puis on applique le bandage circulaire plâtré. La réduction est maintenue par deux aides jusqu'à dessiccation, qui a lieu en vingt minutes; on coupe dès lors le bandage, on rapproche les valves, et le blessé, qui accuse un soulagement marqué, est placé en suppination; le lendemain, légère douleur qui se dissipe les jours suivants; le gonflement a diminué peu à peu et l'on est obligé, le 22 juin, pour suivre le retrait des tissus, d'exciser sur une des valves une bandelette longitudinale de deux centimètres à son point le plus large; cette soustraction se fait au moyen des cisailles avec la plus grande facilité et sans la moindre secousse. Les valves sont de nouveau rapprochées et maintenues par une bande plâtrée, et l'on permet au malade la déambulation au moyen du fauteuil à béquilles; le 20 juillet, la consolidation est achevée et le malade commence à s'appuyer sur la jambe; il s'exerce ainsi pendant quinze jours sans abandonner le bandage. Ce n'est que le 12 août que l'on enlève l'appareil qui, malgré les mouvements du malade, a conservé ses formes et sa solidité. Il ne

restait du côté de la jambe qu'un peu d'œdème, que les bains et la marche ont dissipé.

4e Obs. — Weemaels (J. B.), maçon, 20 ans, atteint d'une fracture de la malléole interne gauche, entre à l'hôpital le 10 juin 1853, cinq semaines après l'accident. Une collection purulente, avec décollement de la peau, occupe la région dans l'étendue d'une paume de main; on sent encore de la mobilité et l'on produit aisément le mouvement de bascule en appuyant sur l'extrémité inférieure de la malléole.

Après avoir constaté ces phénomènes et avoir eu ouvert l'abcès, M. Uytterhoeven applique un bandage circulaire au plâtre dont les tours de bande s'étendent de l'origine des orteils à deux pouces en-dessous du genou. Une fenêtre suffisamment grande est ménagée au niveau de la collection, le malade est mis au lit, la jambe légèrement fléchie, le pied élevé et reposant sur son bord externe. Après dessiccation de l'appareil, on recouvre la partie malade d'un cataplasme.

Les 11, 12 et 13 juin, la suppuration est très-abondante, d'un aspect grisâtre et mêlée de stries de sang; mouvement fébrile, inappétence, état saburral. Le 14, on incise le bandage, des compresses graduées sont placées sur la base des lambeaux décollés, l'appareil au plâtre est ensuite resserré sur elles. Les émollients sont continués jusqu'au 20 juin; dès cette époque on fait tous les jours un pansement simple jusqu'au 29. Le bandage, fréquemment mouillé par les cataplasmes et souillé par le pus, est nettoyé avec une éponge et conserve sa consistance; à partir du 29, les pansements ne se font que de trois en trois jours. La peau se recolle, et le 5 juillet, il reste une surface ulcéreuse de la grandeur d'un franc. On fortifie alors le bandage et l'on met la jambe en supination. Le 15 juillet, le malade se lève et marche avec le fauteuil à béquilles.

Le 30 juillet, la consolidation est achevée; il y a une légère hypertrophie de la malléole. Le malade marche à l'aide d'un bâton et appuie le pied sur le sol et se trouve toujours bien de son bandage, qui n'est enlevé que le 12 août. La cicatrisation de la peau est alors complète.

5e Obs. — Degroodt, débardeur, 62 ans, présente à son entrée à l'hôpital une fracture de l'avant-bras droit au tiers inférieur. L'appareil consiste en compresses graduées inter-osseuses recouvertes de deux planchettes étroites et minces maintenues par un bandage au plâtre à bandes circulaires. Le malade supporte très-bien son bandage jusqu'au 20 août; on visite alors la fracture que l'on trouve consolidée.

6e Obs. — Verby (Corneille), charretier, 33 ans, est apporté à l'hôpital le 8 juillet au moment où il venait d'être renversé par son chariot dont une des roues lui avait passé sur la jambe gauche. M. Uytterhoeven constate une fracture du tibia au tiers inférieur. La contusion et le gonflement des parties molles sont considérables. Le péroné, du reste, n'est pas fracturé et le déplacement est nul. On se contente d'une position horizontale et élevée, et l'on recouvre le membre de compresses imbibées d'une décoction d'écorce de chêne pour prévenir l'étendue de la désorganisation.

Au dixième jour, le gonflement est presque disparu; il reste une teinte violacée des téguments de la jambe; on applique alors le bandage au plâtre que l'on incise après vingt minutes d'attente. Le malade quitte le lit le 6 juin et se promène au moyen de deux béquilles, la jambe suspendue par une écharpe.

Le bandage est ouvert et la jambe surveillée tous les deux ou trois jours, dans la crainte que l'appareil plâtré, posé sans autre intermédiaire qu'une bande de coton sur les tissus malades, ne détermine des accidents; rien de semblable ne s'observe et l'on voit, au contraire, la teinte bleuâtre pâlir et suivre les gradations décroissantes habituelles de l'ecchymose.

Le bandage est enlevé le 24 août; on observe que la consolidation s'est faite régulièrement.

7e Obs.— Vanderhagen (Auguste), domestique, 23 ans, est apporté à l'hôpital le 18 juillet 1853, quelques instants après une chute qu'il avait faite du haut d'une échelle. On reconnaît une fracture au tiers inférieur de la jambe droite, qui s'était engagée entre deux échelons; la fracture du tibia est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. M. Uytterhoeven fait l'application du bandage au plâtre pendant que deux aides maintiennent la réduction; ceux-ci ne lâchent prise qu'après douze minutes. L'appareil était alors desséché et assez solide; on le coupe et l'on rapproche les valves.

Le gonflement était dissipé le 23 juillet; on resserre le bandage, qui est laissé dans cet état jusqu'au 16 août; à cette époque, le malade se lève et se promène au moyen de deux béquilles. Le 25, il s'appuie déjà sur cette jambe et le 3 septembre le bandage, enlevé, permet de s'assurer que la guérison est complète. Les rapports se sont parfaitement conservés et l'on sent à peine les traces de la fracture.

8e Obs. — Decat (Louis), 39 ans, bottier, sanguin; *fracture du corps de l'humérus;* entré le 27 décembre 1853. Appareil au plâtre le jour de l'accident, qu'on ôte le 21 janvier 1854; consolidation régulière et solide.

9e Obs. — Piott (Guillaume), 11 ans, sans profession; *fracture de l'avant-bras.* Appareil au plâtre, guérison après trois semaines, sans difformité.

10e Obs.— Kleyn (Marie), 22 mois, demeurant rue des Épingles, 68; *fracture de l'avant-bras.* Appareil au plâtre, guérison complète après quatre semaines.

11e Obs. — Jellekens (François), 5 ans, bonne constitution; *fracture transversale de la cuisse,* partie moyenne. Appareil au plâtre le jour de l'accident, guérison après cinq semaines, sans difformité ni raccourcissement.

12e Obs. — Pluyn (Corneille), 43 ans, scieur de long, sanguin, complexion très-robuste; entré le 21 novembre 1853. *Fracture oblique du tibia et du péroné,* causée par une chute dans une rixe au cabaret. Réduction incomplète, application des attelles de Bell, position convenable du membre.

Le 22 novembre, le membre est mis à nu : difformité considérable au niveau du tiers inférieur de la jambe; épanchement de sang très-abondant, surtout vers la partie interne, où la peau ecchymosée présente une escharre de 5 centimètres de long sur 2 de large; gonflement inflammatoire intense accompagné de chaleur et de mouvement fébrile; fracture des deux os.

Réduction incomplète, appareil hyponarthrécique de Mayor, application de compresses imbibées d'une décoction concentrée d'écorces de chêne.

Le 26 décembre, appareil au plâtre. Le malade marche le lendemain de son application; cinq semaines après, le bandage est ôté; guérison parfaite.

13e Obs. — Despiegeleer (J.-B.), 39 ans, terrassier; *fracture oblique de la jambe,* causée par un éboulement de terre; entré le 19 décembre 1853.

Forte inclinaison du pied en dehors; changement de l'axe de la jambe qui tombe en dedans de la malléole interne; mobilité anormale au tiers inférieur du membre; crépitation; saillie osseuse très-prononcée, qui soulève la peau et menace de la percer; gonflement dans une assez grande étendue; douleur vive au moindre mouvement.

Le blessé fut mis au lit et la jambe posée sur un plan incliné pour favoriser le dégorgement et mettre les muscles dans le relâchement. Un cataplasme enveloppe le membre.

Le 20 décembre, nouvel examen de la fracture. Une pointe osseuse aiguë, dépendant du fragment inférieur du tibia, soulève la peau déjà rouge et amincie et la tend avec force.

L'indication n'était pas douteuse. Tous les efforts devaient tendre à prévenir cette perforation, dont la conséquence immédiate était l'accès de l'air dans une plaie offrant, outre les fragments osseux sans cesse ballotés, de grands dégâts dans les parties molles, accidents dont tout le monde connaît les tristes conséquences. Application de l'appareil de M. Bougard, compresses imbibées d'une décoction concentrée d'écorces de chêne.

Le 17 janvier 1854, appareil au plâtre. Le malade, depuis le lendemain de son application, marche à l'aide de béquilles.

14e Obs.—Van den Bosch (Catherine), 56 ans, journalière; *fracture de jambe,* causée par la chute d'un escalier; entrée le 16 décembre 1853.

Réduction, application d'un bandage en gutta-percha, topiques résolutifs.

Le 26 décembre, bandage au plâtre; guérison complète le 29 janvier 1854.

15e Obs. — Van den Branden (Auguste), 20 ans, charretier, *fracture du tibia gauche,* causée par un coup de pied de cheval, entré le 4 janvier 1854. Appareil de Brasdor modifié, topiques résolutifs.

Le 8 janvier, appareil au plâtre. Dès ce jour, le malade marche à l'aide de béquilles.

16e Obs. — Oliet (Jean), 42 ans, fondeur en caractères, *fracture du tiers inférieur du péroné et de la malléole interne,* causée par une chute d'un trottoir, entré le 28 novembre 1853.

Déchirure des ligaments, extravasation sanguine, appareil au plâtre le septième jour de l'accident. Le 11 janvier, guérison complète.

17e Obs. — Strens (Edmond), 37 ans, commissionnaire, *fracture du péroné, luxation du pied en dehors,* contusion forte à la jambe, produites par la chute sur le bord d'un trottoir, entré le 24 novembre 1853.

Le pied est fortement porté en dehors, la face articulaire de l'astragale, tournée en dedans, a perdu tout rapport avec la mortaise du tibia. Le péroné est

fracturé à deux travers de doigt au-dessus de la malléole. Engorgement inflammatoire intense autour de l'articulation. Application des attelles de Bell. Résolution. Le 2 décembre, appareil au plâtre. Guérison radicale le 11 janvier 1854.

18e Obs. — Landuyt (Jean), 20 ans, commis; tumeur blanche du genou, survenue sans cause connue il y a un an; entré à l'hôpital le 30 novembre 1853. Appareil au plâtre, qu'on sectionne au genou pour permettre l'application des topiques. Déambulation possible.

19e Obs. — Michiels (Jacques), 16 ans, sans profession; tumeur blanche du genou, survenue, il y a quatre ans, à la suite d'une chute; entré le 3 janvier 1854. Appareil au plâtre, déambulation facile.

20e Obs. — Dusart (Louise), 29 ans, journalière; hydrarthrose du genou, survenue sans cause connue, il y a dix-sept jours; entrée à l'hôpital le 20 mai. Un mois de traitement amène la résorption du liquide, mais la malade ne sait pas marcher à cause des douleurs vives qu'elle ressent dans le genou. Appareil au plâtre. Guérison complète le 10 juillet.

21e Obs. — Vandermeulen (Jacques), 28 ans, fondeur en fer; *entorse*, causée par une chute sur un trottoir; entré à l'hôpital le 26 décembre 1853; position convenable du membre, cataplasmes émollients. Deuxième jour, appareil au plâtre. Guérison parfaite le 9 janvier 1854.

22e Obs. — Schävers (B.), 34 ans, cocher; *entorse*, survenue à la suite d'une chute sur un trottoir; entré à l'hôpital le 12 décembre 1853. Application immédiate de l'appareil au plâtre. Guérison complète le 9 janvier 1854.

23e Obs. — Van Acker (Jacques), 26 ans, ouvrier au chemin de fer; *entorse*, causée par la chute d'un escalier; entré à l'hôpital le 27 décembre 1853. Position convenable du membre. Cataplasmes émollients. Deuxième jour, bandage au plâtre. Guérison complète le 11 janvier 1854.

24e Obs. — Cools (Nicolas), 40 ans, débardeur; *entorse*, causée par une chute sur un trottoir; entré à l'hôpital le 27 décembre 1853. Le jour de l'accident, appareil au plâtre. Guérison complète le 14 janvier 1854.

25e Obs. — Leemans (Jacques), 54 ans, peintre; *entorse*, causée par une chute sur un trottoir; entré à l'hôpital le 4 janvier. Bandage au plâtre. Guérison le 24 janvier.

26e Obs. — Verdick (Jean), 31 ans, journalier; *entorse* au pied gauche, causée par la chute d'un escalier; entré à l'hôpital le 1er juin 1853. Repos. Cataplasmes. Bandage plâtré. Le 27, guérison complète.

Nous terminons ici l'énumération des quelques cas de maladies chirurgicales dans lesquels nous avons fait intervenir l'appareil plâtré du docteur Mathysen. Un plus long dénombrement eût été fastidieux.

Comme nous l'avions annoncé, peu de détails ont été racontés dans l'exposé de ces faits. C'est par la raison que nous n'avons voulu considérer cette méthode que sous le rapport de la déligation proprement dite et comme le meilleur des auxiliaires dans le traitement des diverses maladies dans lesquelles le mé-

decin croit utile d'assurer l'immobilité, soit d'un membre, soit des os ou des fragments d'os qui le composent.

Nous avons toujours regardé, comme nuisible à l'art et à l'humanité, l'esprit d'exclusion et de servilisme au profit d'un seul et unique mode de traitement pour des maladies dont les espèces et les variétés sont sans nombre; une telle erreur, si elle parvenait à dominer dans le monde médical, nous rejetterait promptement dans les pratiques grossières et ignares des rebouteurs du moyen âge. C'est assez dire que notre intention n'est nullement de vanter la méthode du docteur Mathysen comme infaillible et digne d'être seule mise en usage dans le traitement des fractures, quand même et à l'exclusion de toutes les autres. Mais il faut aussi que nous convenions que, de tous les appareils qui se composent de matières solidifiables, il n'en est aucun qui présente les mêmes avantages. C'est surtout à l'armée qu'il serait d'une utilité extrême.

Rien de plus facile pour le chirurgien que de se munir d'un certain nombre d'appareils à fractures, puisqu'ils se résument en quelques bandes plâtrées, faciles à contenir dans une boîte. L'application en est aisée; on les imbibe d'eau et on les déroule sur le membre blessé; au bout de quelques minutes, on a obtenu une coque inflexible, qui résiste à l'action des liquides de tous genres et qui permet de transporter le blessé sans secousses nuisibles ni douloureuses.

Ces qualités sont précieuses et dignes de fixer la sollicitude des hommes de l'art et des amis de l'humanité.

L'expérience est d'ailleurs facile à faire, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'elle rangera à notre avis tous ceux qui voudront se donner la peine de l'entreprendre.

A PROPOS DU TRAITEMENT ET DE LA GUÉRISON DE LA GALE EN DEUX HEURES.

Monsieur le Rédacteur,

Le traitement de la gale a été de tout temps l'objet des recherches actives des praticiens, pour arriver à la guérison la plus rapide; mais la guérison la plus rapide n'est pas toujours la plus sûre. Cette affection a été longtemps considérée comme une maladie humorale et qui, partant, réclamait un traitement interne dépuratif.

Malgré les observations d'Abenzoar, médecin arabe du 12e siècle, et les descriptions de Mouflet, en 1634, celles de Redi, Linnæus, de Geer, etc., qui tous, parlaient déjà de l'existence d'un insecte dans les pustules de la gale, ce fut particulièrement Galès qui décrivit dans sa thèse, en 1812, la forme du ciron (*acarus scabiei*) qui logeait dans les pustules, et déterminait par sa présence toute la maladie. Essentiellement contagieuse, par le contact direct d'un galeux ou par les vêtements que celui-ci a portés et qui peuvent renfermer des cirons ou leurs larves, cette maladie, apanage ordinaire de la misère, de la malpropreté, et des armées en campagne, a éveillé de tout temps la sollicitude des

médecins. Il serait trop long d'énumérer le grand nombre de remèdes préconisés pour le traitement de la gale, un seul fut particulièrement signalé et reconnu efficace entre tous, c'est le soufre employé sous diverses formes. C'est un spécifique que le temps et l'expérience ont consacré.

Une des sections de mon service, à l'hôpital Saint-Pierre de cette ville, se compose des maladies cutanées, parmi lesquelles la gale est l'une des plus fréquentes; aussi de tout temps mes prédécesseurs dans ce service s'occupèrent avec ardeur à trouver le remède ou la méthode de traitement la plus active, la plus sûre et la plus prompte. Lorsque je repris ce service je continuai l'emploi du traitement que l'expérience y avait fait adopter, après un grand nombre d'essais de toute espèce. Mais lorsqu'en octobre 1851, je lus dans les journaux de médecine le traitement institué par MM. Bazin et Hardy dans les salles de galeux à l'hôpital Saint-Louis, par lequel ces médecins annonçaient comme possible, la guérison de cette maladie *en deux heures de temps*, cela me parut si merveilleux que je m'empressai d'instituer ce traitement dans mon service.

Au mois de février 1852, l'administration des hôpitaux ayant pris connaissance d'un article publié sur ce sujet par l'*Indépendance* du 27, crut devoir appeler notre attention sur cette question si importante pour elle. Et en effet, l'annonce de la possibilité de guérir *en deux heures* une maladie pour laquelle les malades séjournaient ordinairement plusieurs jours à l'hôpital, était bien faite pour éveiller la sollicitude de nos administrateurs. Je m'empressai donc de leur répondre, par ma lettre du 28 février 1852, que le traitement dont il était question dans l'article de l'*Indépendance*, était déjà employé dans mon service depuis le 2 octobre 1851, et à cette occasion je me permis de faire remarquer à l'administration que ce traitement était loin d'être nouveau, puisque d'une part la formule de l'onguent de Helmerich, chirurgien hollandais, avait été communiquée en France, en 1812, par le docteur Burdin, et que d'autre part, l'emploi du savon vert pour se débarrasser de la gale était vulgarisé depuis fort longtemps dans nos campagnes. Mais je reconnus volontiers que l'emploi méthodique de ces deux moyens combinés appartenait aux docteurs Bazin et Hardy qui avaient rétabli le traitement d'Helmerich. Quant à ce qui concernait la possibilité de guérir cette affection *en deux heures*, comme l'annonçaient ces médecins, et à la proposition de ne plus admettre les galeux en séjour à l'hôpital, mais bien uniquement au traitement de passage pendant deux heures, ma conviction et l'expérience m'obligèrent de dire à l'administration que les résultats obtenus par ce traitement étaient loin d'avoir produit chez nous ce que nos confrères de Paris annonçaient dans les journaux de médecine. Et en effet, pour quiconque connaît les mœurs et les habitudes de la classe indigente et ouvrière de notre pays, il est constant qu'habituellement les galeux, gens misérables et malpropres, n'arrivent à l'hôpital que lorsque cette maladie est invétérée et compliquée d'autres maladies de la peau, telles que prurigo, eczéma, lichen, ecthyma, etc., ce qui, dès lors, non-seulement les rend repoussants, les fait renvoyer de leurs ateliers, mais exige aussi un traitement supplémentaire dont la durée dépasse ordinairement celui de la gale proprement dite.

Je ne conteste pas, que dans tout lieu, ou réunion d'hommes, soumis à des réglements de propreté et à une surveillance constante; partout enfin, où l'on pourra saisir la gale à son début, on ne puisse arrêter promptement ses progrès, par un traitement quelconque, susceptible de détruire promptement l'acarus qui en est la cause. Mais mon expérience m'a rendu quelque peu incrédule contre tant de belles découvertes, dont les succès éphémères *n'ont duré que ce que durent les roses*, et j'attends encore aujourd'hui qu'un grand nombre de faits *bien observés* viennent justifier cette méthode employée dans les conditions les plus avantageuses.

Mais ce n'est pas tout de guérir la gale, et même de la guérir promptement, il faut encore chercher à éviter les récidives, dont la fréquence est en raison de la désinfection plus ou moins complète des vêtements et des objets de couchage des galeux. Or, depuis quelques années et antérieurement à la reproduction du traitement d'Helmerich, une commission, instituée en Angleterre, se livra à des recherches pour constater le meilleur mode de désinfection des vêtements et effets provenant d'individus atteints de maladies contagieuses; cette commission rechercha surtout le meilleur moyen de détruire les larves d'insectes, et après de nombreuses expériences, et la conviction acquise que ces larves pouvaient encore éclore après que les vêtements suspects avaient été soumis à des fumigations diverses, au lavage dans de l'eau bouillante, etc., ils reconnurent que le seul moyen de les annihiler était de soumettre ces vêtements à une très-haute température dans un séchoir, où l'air chaud serait porté de 100 à 130 degrés centigrades. J'eus l'occasion de causer de cette expérience avec un membre de l'administration de nos hôpitaux dans le courant de l'été de 1851; cet homme zélé et instruit m'assura qu'une semblable chambre à *air chaud* ferait partie des constructions nouvelles, alors en projet pour l'hôpital Saint-Pierre. Et en effet ces constructions existent aujourd'hui, le lieu de désinfection est établi et ne tardera pas à fonctionner.

Voilà, Monsieur le Rédacteur, l'histoire réelle du traitement rapide de la gale, et des moyens de désinfection des vêtements des galeux dont on a fait tant de bruit et l'objet de tant de réclames depuis quelque temps, dont tour à tour les journaux politiques et l'Académie ont été saisis, et que l'on a tenté de faire passer pour une découverte ou une invention nouvelle; mais en homme impartial, et désireux de rendre *à César ce qui appartient à César*, j'ai cru utile de vous adresser la présente communication, avec prière de l'insérer dans le prochain N° de notre journal. Comme vous voyez, je rétablis les faits avec franchise et sincérité, et je pense que vous partagerez mon opinion, à savoir : que dans tout ceci il n'y a d'autre invention ou découverte nouvelle, que celle du mode de désinfection des vêtements des galeux que nous devons aux Anglais; et que, quant au traitement d'Helmerich, *par le savon vert et la pommade sulfuro-alcaline* qui porte son nom, ce traitement, qui date de 1810, vient d'être judicieusement rétabli par MM. Hardy et Bazin, et est généralement adopté dans nos hôpitaux. Mais je vous prie de remarquer que, jusqu'ici, je n'ai pu encore obtenir de guérison de nos galeux au bout de deux heures de traitement; je m'estime déjà très-heu-

reux quand je parviens à les guérir au bout de deux ou trois jours, ce qui ne surprendra pas ceux qui connaissent l'état dans lequel se présentent ordinairement ces malades.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, les nouveaux témoignages de ma profonde estime.

Bruxelles, le 7 février 1854.

Dr JÓLY,
Chirurgien de l'hôpital civil de Saint-Pierre, à Bruxelles.

II. REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Médecine et Chirurgie.

SUR UNE NOUVELLE FORME DE GALE; par le professeur BOCK, de Christiana. (*Deutsche Klinik*, 1853, nº 2). Extrait par F. BINARD, médecin de régiment.

Outre les différentes formes de gale décrites surtout dans ces derniers temps par Simon et Bourguignon, le docteur Bock croit devoir en admettre une nouvelle, avec formation de croûtes, qu'il a eu l'occasion d'observer en 1851, chez une jeune fille de 15 ans, d'une grande maigreur et non encore menstruée. Dans la paume de la main et à la surface dorsale des doigts on rencontrait des croûtes d'une teinte sale, d'un blanc grisâtre, d'une épaisseur de deux à trois lignes, qui adhéraient fortement à la peau et étaient d'une consistance telle qu'on pouvait les couper comme l'écorce d'un arbre. Les doigts étaient à demi fléchis et on y déterminait de la douleur quand on voulait les étendre : les ongles étaient aussi dégénérés, épais et rugueux; on observait les mêmes altérations à la plante du pied et aux orteils. La marche déterminait beaucoup de douleur, elle était aussi embarrassée. Les coudes, les fesses, la partie postérieure des lombes et quelques points du dos, la partie chevelue de la nuque, les parties latérales du cou, étaient recouverts de croûtes semblables, de la même épaisseur.

Après que celles-ci eurent été enlevées, on vit que la peau était d'un rouge humide et offrait des inégalités. La peau des autres parties du corps présentait aussi une rougeur érythémateuse, sur les jambes on rencontrait des taches arrondies, brunâtres, sans élévation au-dessus de la peau, et çà et là, aux extrémités, apparaissaient quelques vésicules et des pustules. D'après les renseignements qu'on put obtenir, la maladie datait de deux ans et avait commencé aux mains et aux pieds, où la peau avait semblé s'être crevassée. Au bout de quelque temps les croûtes avaient apparu d'abord aux extrémités, plus tard aux fesses, et en dernier lieu, depuis l'hiver, à la tête. Les bains chauds détachaient toujours facilement les croûtes, et à leur place la peau se montrait rouge et enflammée; de nouvelles croûtes ne tardaient pas d'ailleurs à y reparaître. Le professeur Bock eut recours au microscope pour examiner ces croûtes, et ce ne fut pas sans un grand étonnement qu'il vit qu'elles étaient constituées, pour ainsi dire, totalement par des sarcoptes de la gale (l'animal en entier, des œufs, leur enveloppe et les excréments constituant le tout). Tous les cirons qui se trouvaient au milieu des croûtes étaient morts, on n'en rencontra qu'une seule fois un vivant; mais il fut impossible de découvrir les sillons véritables. Il est remarquable que peu de temps après l'entrée de la malade à l'hôpital, l'infirmière et peu à peu tous les malades qui se trouvaient dans la même salle, soit qu'ils eussent eu ou non des relations avec la malade, furent attaqués de la forme ordinaire de la gale, qu'on guérit en peu de temps au moyen de la pommade de Vienne (R. *Ceræ albæ, part.* 1; *Flor. sulfur. et picis liquid. ana part.* 1 1/2; *Sapon. virid. et axung. ana part* 3).

La malade avait aussi communiqué la gale à toutes les personnes qui avaient été en contact avec elle dans ses foyers. On prescrivit d'abord des bains tièdes, et plus tard, comme la malade se plaignait de fortes douleurs avec élancement dans la plante des pieds, on fit faire des frictions générales avec la pommade de Vienne, ce qui amena la chute des croûtes. Après un

nombre de douze frictions, on fit prendre un bain chaud et il ne resta plus alors que quelques petites croûtes à la paume des mains, à la plante des pieds et à la nuque. Au bout de trois semaines, tout le corps se couvrit d'une infinité de vésicules acuminées, il en vint même sur la figure, elles prirent de l'accroissement et aux mains elles devinrent pustuleuses : cette nouvelle éruption fut accompagnée de prurit, mais on ne put d'ailleurs constater l'existence d'aucun sillon. Autour des bords des croûtes qui avaient persisté, on vit alors des croûtes nouvellement formées et que le microscope fit reconnaître comme constituées par deux couches : une superficielle, plus transparente, qui dépendait des cellules de l'épiderme, et une autre, placée plus profondément, qui était distincte de la précédente par la présence des sarcoptes et présentait tout à fait les mêmes caractères que les anciennes croûtes, de sorte que celles-ci étaient aussi formées sous l'épiderme. Après de nouvelles frictions, la guérison de la malade fut complète; sa constitution d'ailleurs éprouva aussi une grande amélioration.

(*Archives belges de médecine militaire.*)

Bons effets de l'emploi de la noix vomique contre des vomissements, et de l'acétate de cuivre contre des crampes liées à la grossesse. — L'acétate de cuivre administré à l'intérieur n'a guère été expérimenté en France que contre les affections cancéreuses; les bons résultats consignés dans l'observation suivante nous engagent à enregistrer le fait publié par M. Lobach. Une femme de 43 ans, enceinte pour la sixième fois, sujette aux crampes pendant ses grossesses antérieures, fut prise, dans le cours de cette sixième grossesse, de crampes plus fortes que les précédentes et, en même temps, de vomissements tellement opiniâtres que l'estomac ne supportait aucune espèce d'aliment; la maigreur était devenue extrême. M. Lobach prescrivit la teinture de noix vomique, à la dose de 3 ou 4 gouttes toutes les deux heures, médicament qu'il avait souvent employé avec succès dans des cas semblables. Les vomissements s'arrêtèrent, mais les crampes continuèrent à se manifester avec violence. On tenta alors la teinture d'acétate de cuivre à très-faible dose, mais elle ne fut pas supportée. L'usage du fer fut suivi de quelque amélioration; mais bientôt les crampes reparurent et persistèrent, malgré l'emploi de la valériane, du castoréum et d'autres substances médicamenteuses. Peu à peu cependant, après l'usage de la teinture d'ambre et de musc, du fer, de la noix vomique, l'état de la malade s'améliora vers le milieu de la grossesse. Trois mois plus tard, les mêmes symptômes ayant reparu, on revint à l'emploi de la teinture d'acétate de cuivre, une goutte d'abord toutes les heures, puis on augmenta insensiblement jusqu'à six gouttes; l'action fut des plus remarquables; au bout de 36 heures, tous les accidents avaient cessé. La fin de la grossesse fut encore très-orageuse ; cependant on parvint à soulager la malade, et l'on combattit de nouveau les crampes par l'emploi de l'acétate de cuivre. Cette femme mit au monde un enfant délicat, qui ne parut pas être tout à fait à terme. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

Pour nos lecteurs, qui ont eu déjà sous les yeux bon nombre d'observations de cas de vomissements, pour ainsi dire incoercibles, ayant cédé à l'usage de la noix vomique et de son alcaloïde, nous passerions sur cette partie de l'observation; mais nous devons faire mention à ce propos de la remarque faite par M. Lobach, c'est que, dans tous les cas dans lesquels la noix vomique s'est montrée efficace, le médecin dit qu'il existait toujours une affection quelconque du foie, plus ou moins développée. Quant à l'acétate de cuivre, on a remarqué avec quelle rapidité il a calmé les crampes. L'auteur a été conduit à en faire usage, par les bons succès qu'il en avait retirés dans les crampes des hystériques et dans les paralysies, suites d'apoplexie. (*Verhandlungen der phys. med. Verein. Wurzburg* et *Bull. gén. de thérap.*)

De l'emploi de l'essence d'orange contre les névroses gastriques. — M. le docteur Hannon vient d'appeler l'attention des praticiens sur l'efficacité de l'huile essentielle d'écorce d'orange dans certains cas de névroses gastro-intestinales, en publiant dans la *Presse médicale belge* l'histoire de cinq malades chez lesquels cette essence lui a rendu un très-grand service. Administrée à des doses élevées, elle irrite énergiquement la muqueuse gastrique et produit de la céphalalgie; mais à la dose de quelques gouttes (6 à 7) sur du sucre, elle agit comme stomachique et n'entraîne aucune incommodité. Elle peut se prescrire de cette manière toutes les fois qu'elle sera indiquée, à la dose de 6 à 8 gouttes par jour, en deux fois, et à 2 heures d'intervalle dans la matinée. Voici du reste comment M. Hannon a exposé les indications et les contre-indications à l'emploi de cette essence.

» La gastralgie, le pica, le pyrosis, la boulimie se rencontrent souvent en même temps que la grossesse, l'épilepsie, l'hypochondrie. On devra toujours tenir compte des symptômes concomittants, qui dans ces divers cas suffiront pour éviter l'erreur. La gastrite et la gastro-entérite sont plus difficiles à distinguer, surtout si la gastralgie ou la gastro-entéralgie sont les seuls symptômes par lesquels la névrose se manifeste.

» Dans la névrose gastro-intestinale les symptômes les plus ordinaires sont les suivants : Douleur déchirante, aiguë, vive, de nature fort variable, rémittente ou intermittente, diminuant par la pression, ou tout au moins ne s'aggravant pas, plus vive le matin et sous l'influence d'émotions pénibles. Gonflement de l'épigastre, sécrétion gazeuse, éructations, bâillements, vomissement de matières muqueuses, digestion facile des viandes rôties et du pain, constipation, selles naturelles, urines limpides, abondantes. Battements épigastriques, palpitations, dyspnée, étouffement, anxiété précordiale, fièvre nulle, chaleur naturelle de la peau, désordres nerveux, exaltation des sens, expression et couleur du visage naturelles, irascibilité, morosité, conservation de l'embonpoint. Tempérament nerveux et lymphatique, affections morales ; nourriture malsaine, incomplète, végétale, boissons aqueuses.

» Avec tous ces symptômes réunis, ou avec chacun d'eux en particulier, l'essence d'orange pourra s'administrer avec la certitude d'amener la guérison ; son emploi n'exclut, du reste, pas les autres ressources qu'offre la thérapeutique.

» Il faudrait, au contraire, se garder de la prescrire dans les circonstances suivantes : Douleur continue, obtuse, sourde, nulle parfois, mais augmentant toujours par la pression, douleur plus intense après les repas, et s'exaspérant surtout le soir. Langue rouge, sèche, enduite, pointue, appétit non dépravé, nul souvent, aversion pour les viandes, le vin, les alcooliques, désir des boissons glacées ou acides. Pas de gonflement épigastrique, ni de sécrétions gazeuses, ni de bâillement. Digestion facile des boissons, vomissements d'aliments, constipation, selles d'une odeur fétide, liquides, jaunâtres, séreuses ou muqueuses, urines rares, colorées, sédimenteuses. Pas de battements épigastriques, pas de palpitations précordiales, fièvre continue, chaleur de la peau augmentée. Aucun trouble intellectuel, figure grippée, sillon partant de l'aile du nez au coin de la bouche profond, peau terreuse, amaigrissement. Tempérament sanguin, sexe masculin, âge mûr. Abus des aliments trop épicés, du vin, etc.

» Lorsque ces symptômes existent chez un malade, il faut bien se garder de prescrire l'essence d'orange, elle aggrave toujours les douleurs ; il en est de même du cancer de l'estomac.

» Lorsque la tumeur cancéreuse ne peut être perçue au toucher, lorsque les vomissements caractéristiques manquent, le diagnostic est des plus difficiles. Les douleurs lancinantes qui accompagnent la digestion sont cependant des indices à peu près certains de la maladie organique, et si la diète abolit les douleurs et que le teint du visage soit jaune paille, on pourra croire au cancer, mais ce qui ajoute au diagnostic une certitude plus grande, c'est l'emploi de l'essence d'orange, *elle augmente les douleurs*.

» Certaines affections rhumatismales, goutteuses, simulent parfois la névrose gastrique, mais leur caractère erratique les fait aisément reconnaitre. Le ver solitaire, enfin, provoque chez certains sujets des troubles nerveux fort singuliers, que, sans l'expulsion de quelques anneaux, on pourrait prendre pour les symptômes d'une névrose, mais s'il n'y a point eu rejet de fragments du tœnia, le diagnostic est plus difficile. Le traitement est alors un excellent moyen de diagnostic. L'huile essentielle d'écorce d'orange augmente les douleurs intestinales, et son emploi continué ne les diminue jamais comme il le fait dans la névrose gastrique. »

Nous donnons plus loin sous la rubrique *pharmacie* les préparations recommandées par M. le docteur Hannon.

Glossalgie intermittente ; par le docteur BUISSON. — En recherchant avec le plus grand soin dans les auteurs qui ont écrit sur les névralgies, j'ai été surpris de n'y trouver aucun vestige d'une affection que j'ai eu l'occasion de rencontrer ces jours derniers, et que j'ai observée par suite avec d'autant plus de soin, que rien de semblable ne s'était encore présenté à moi, ni dans mes lectures ni dans ma pratique. Voici le fait :

Mme G., tenant une auberge dans le quartier Saint-Jean, âgée de trente-trois ans, mariée depuis dix ans environ avec un voilier, n'a jamais eu d'enfant. Douée d'un tempérament lymphatique et excessivement nerveux, elle a présenté fréquemment des accès d'hystérie sans convulsions ; les menstrues ont toujours été très-régulières. Dans le courant du mois de juin, Mme G. a été atteinte d'une pleu-

rodynie légère qui a cédé à une application de sangsues. Depuis, sa santé n'a nullement souffert jusqu'au samedi 9 juillet 1853. Ce jour-là, vers une heure et demie de l'après-midi, elle éprouva un frisson, ou plutôt une horripilation sur la portion radiale inférieure du bras gauche, qui dura à peine quelques minutes; puis, à ce sentiment douloureux, succéda celui de piqûres dans l'extrémité de la langue. Un goût poivré très-désagréable se fit également ressentir; la salive était abondante et s'écoulait par les commissures des lèvres; la déglutition était difficile. Si la malade essayait de parler, elle mordait involontairement sa langue, dont le volume ne permettait pas qu'elle restât complétement renfermée derrière l'arcade dentaire inférieure. Vers neuf heures du soir, toutes ces souffrances diminuèrent, si bien que, le dimanche matin, la dame G. ne crut pas devoir consulter un médecin, pensant que les accidents ne se renouvelleraient plus.

Il n'en fut cependant pas ainsi : à la même heure que la veille, l'horripilation se fit encore sentir dans le bras gauche, et bientôt après, le goût poivré, les douleurs de la langue, l'augmentation du volume, tout enfin se reproduisit comme le premier jour, pour cesser encore dans la soirée. Le lundi, la dame G. vint me consulter dans mon cabinet; les symptômes me furent assez mal énumérés; si bien que, ne soupçonnant pas la névralgie, je conseillai simplement l'usage du petit-lait et des bains entiers, la priant de me faire prévenir si les premiers accidents se renouvelaient.

Le mardi, je ne fus point appelé; ce ne fut que le mercredi, dans l'après-midi, que je vis la malade. Son état était le suivant : comme les jours précédents, le bras gauche avait été le premier envahi; la langue était pâle, sa souplesse un peu diminuée, la chaleur médiocre, le volume augmenté, au point qu'elle dépassait assez le bord dentaire inférieur pour que les rugosités de la partie postérieure du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure se fussent comme imprimées sur la pointe. Les dents étaient fortement imprimées sur le pourtour, la salive était abondante et s'écoulait de la bouche, la malade ne pouvait avaler qu'avec peine, et la parole devenait difficile, la langue étant mordue par le fait de son échappement au travers de l'écartement des mâchoires. Plusieurs fois, j'ai surpris la malade comprimant cet organe avec un mouchoir, pour, disait-elle, le rendre moins volumineux et calmer les douleurs qu'il lui causait. Tous ces phénomènes cessèrent dans la soirée. Ce jour-là, je ne fis aucune prescription, désirant m'assurer si, comme on me le disait, la nuit guérirait tout cet appareil bizarre de symptômes.

Le jeudi matin, je revins près de la dame G., et je la trouvai dans le même état que le lundi précédent, quand elle était venue me consulter chez moi : le pourtour de la langue offrait encore l'estampe des dents de la mâchoire inférieure. Mais elle redoutait vivement la crise du soir; nul doute que, comme les cinq jours précédents donnaient motif de le craindre, elle se reproduirait à heure fixe et avec les mêmes accidents, si je n'étais assez heureux pour la prévenir. Dans ce but, je conseillai l'usage immédiat de pilules composées de

Valérianate de quinine.	0,40
Extrait mou de quinquina.	0,50
Extrait de belladone.	0,02 (chacun)
Extrait de jusquiame.	
Extrait gommeux d'opium.	0,05

pour six pilules à prendre avant l'accès.

Elles furent exécutées ce jour même, mais trop tard pour être toutes prises avant l'accès; celui-ci ne fut conjuré qu'en partie.

Le vendredi, même prescription; l'accès vint, mais il fut infiniment moindre.

Le samedi, continuation des pilules; point d'accès.

Dimanche et lundi, six pilules seulement furent prises dans les deux jours pour prévenir le retour de l'accès, qui ne se montra point, et à dater de cette époque la santé redevint parfaite.

Il est évident que j'ai eu affaire à une glossalgie intermittente; le diagnostic ne me paraît susceptible d'aucune discussion. Frisson prenant à l'avant-bras gauche (extrémité radiale), sensation de piqûres dans le bout de la langue, augmentation de volume suffisant pour forcer le tissu de cet organe à subir l'impression des dents et empêcher la déglutition de la salive aussi bien que la libre articulation des mots, perversion du goût (goût poivré), tel est le tableau rapide de cette affection que la même heure voit se reproduire chaque jour, pour disparaître chaque soir et revenir encore le lendemain à la langue devenue libre et presque saine. Les auteurs chez lesquels j'ai recherché un fait qui eût avec celui-ci quelque analogie, ne m'en ont présenté aucun. Tous ont décrit les lésions physiques, les inflammations idiopathiques symptomatiques de la langue, les abcès qui terminent les inflammations; tous ont décrit des prolongements

chroniques, généraux ou circonscrits, etc.; mais aucun n'a parlé de la lésion nerveuse, franche, ou à type intermittent. Un seul auteur (1), M. Magendie, a cité, dans la séance du 17 juin 1839, à l'Académie des sciences, le fait d'une dame atteinte d'une névralgie du nerf lingual droit, qui fut guérie à l'aide de l'électricité. Je ne connais que ce fait, qui du reste, s'il a été communiqué *in extenso*, n'est pas arrivé à ma connaissance. Quel a été le mécanisme et la marche de cette névralgie? Voilà encore un point qui mérite de fixer l'attention au plus haut degré. En effet, dans l'ordre le plus régulier de cette affection si irrégulière, tous les auteurs sont d'accord pour en expliquer ainsi l'étiologie. Une cause de maladie du nerf survient, cause souvent ignorée ou impossible à saisir; une douleur se déclare, un filet, une branche, un tronc nerveux en sont le siége primitif; de là, elle se propage, et le nerf tout entier peut être pris; mais rarement on voit des nerfs qui ne tiennent pas à une même origine devenir le siége de la même douleur. Dans le cas que je cite, ce n'est plus un tronc unique qui est le siége de la douleur; ce n'est même pas à un faisceau commun que les nerfs douloureux prennent leur origine. Ainsi, le frisson se fait d'abord sentir dans les rameaux terminaux du nerf musculo-cutané, qui n'est lui-même qu'une branche terminale du plexus brachial, et aussitôt la langue devient le siége de piqûres, de douleurs; la perversion du goût se manifeste. Cependant, ici, comment trouver la liaison qui existe 1° entre le nerf lingual, branche terminale du nerf maxillaire inférieur; 2° le glosso-pharyngien, dont les rameaux linguaux sont la terminaison dernière; 3° le grand hypoglosse, avec les paires cervicales 5e, 6e, 7e, 8e, 1re dorsale, desquelles le plexus brachial tire son origine? De proche en proche, d'anastomose en anastomose, peut-être verrait-on la possibilité d'expliquer cette liaison dans la continuité de la douleur; mais ce serait, je crois, forcer un peu l'explication, que de vouloir la conduire jusqu'à de pareilles démonstrations.

Quel que soit le mécanisme de la transmission de la douleur, toujours est-il que, durant sept jours de suite, les accès se sont manifestés de la même manière, en suivant la même marche, en envahissant les mêmes points, en créant les mêmes désordres, et que ce n'est que sous l'influence de la médication antipériodique, en même temps qu'antispasmodique, qu'elle a cessé de se reproduire.

Dans ce cas, la formule des pilules dont j'ai usé m'a déjà donné de très-heureux résultats. Sans vouloir les considérer comme un moyen plus sûr qu'un autre de faire cesser les accidents névralgiques, je crois qu'elles pourront rendre des services; car, comme quelques auteurs l'ont pensé, qui sait si la plupart des névralgies ne sont pas des fièvres larvées que les préparations quiniques seules ne coupent pas, mais que les substances narcotico-âcres, dans leur association avec la quinine ou ses sels, sont plus aptes à faire cesser sans chance de retour? Déjà, les remèdes contre les névralgies sont si nombreux et malheureusement si peu utiles parfois, qu'il serait bien que chaque praticien qui trouve une combinaison de médicaments qui lui réussit, s'empressât de la recommander à d'autres. En agissant ainsi, on serait, je crois, sûr de donner à la thérapeutique une impulsion qui peut-être serait heureuse par l'application que chacun pourrait en faire au besoin.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Bons effets des applications de sinapisme sur les mamelles dans l'aménorrhée. — Tout le monde connaît les relations sympathiques qui lient l'utérus et les mamelles, et cependant combien peu on utilise ces relations dans la pratique, au point de vue du traitement de l'aménorrhée! combien peu on emploie aujourd'hui ces applications de ventouses dont les anciens faisaient un grand usage en pareille circonstance! Dans un travail intéressant, M. Cormack a rappelé l'attention des médecins sur les effets remarquables que l'on peut obtenir de l'application des sinapismes sur les mamelles dans l'aménorrhée, et il a cité à cette occasion les faits peu connus, publiés il y a bien des années par M. Paterson.

Ce fut en quelque sorte par hasard que Paterson fut conduit à l'emploi de ce moyen. Ayant prescrit par occasion un petit sinapisme chez une jeune femme chloro-hystérique, qui avait une douleur à la partie supérieure et externe du côté droit de la poitrine, l'infirmière appliqua par erreur un très-large sinapisme, qu'elle maintint en place pendant une demi-heure. Aussi, le lendemain, le sein droit était extrêmement douloureux, tuméfaction générale des téguments et de la mamelle correspondante, sans induration glandulaire. Le surlendemain, la tuméfaction per-

(1) *Note sur la Paralysie et sur la Névralgie*; par M. Magendie.

existait encore, mais les règles avaient paru depuis le matin en abondance, et elles coulèrent pendant deux jours. Depuis deux ans et demi, la malade ne les avait pas vues. Dans ces circonstances, M. Paterson songea à tenter ce traitement dans un cas d'aménorrhée; il fit choix d'une jeune fille, chez laquelle, à la suite d'une exposition brusque au froid, les règles s'étaient suspendues pendant cinq mois, et qui, depuis cette époque, éprouvait de la céphalalgie, de la langueur, de la perte d'appétit et du dégoût pour le travail. Divers moyens avaient été employés sans succès. M. Paterson prescrivit l'application d'un sinapisme sur la moitié claviculaire de la mamelle droite, que la malade garda en place pendant une demi-heure. Six ou sept heures après, toute la mamelle était considérablement gonflée, chaude et douloureuse. Le lendemain matin, le gonflement de la mamelle avait considérablement augmenté, et la tuméfaction s'était étendue à la région sous-claviculaire et axillaire. Dans la soirée, les règles reparurent et durèrent pendant deux ou trois jours; soulagement considérable; en une semaine, la malade avait repris son ancien état de santé.

M. Cormack, qui a fait usage de ce moyen, considère l'irritation des mamelles comme un des moyens les plus efficaces et les plus rapides pour ramener la menstruation, mais qu'on ne saurait cependant employer indifféremment dans tous les cas. Il peut être employé seul dans beaucoup de circonstances, mais en général on se trouve bien de le combiner avec d'autres moyens. Ainsi, dans l'aménorrhée aiguë par suppression, il convient d'associer aux sinapismes sur les mamelles, l'emploi des vêtements chauds autour du tronc et des membres, et le bain de siége chaud renouvelé toutes les douze heures; dans l'aménorrhée des chlorotiques, il faut employer en même temps les ferrugineux, le manganèse ou l'arsenic; mais, en outre, il faut choisir, pour le moment où on applique les sinapismes, celui où la congestion mensuelle semble s'opérer vers les ovaires; et, dans certains cas, on peut chercher à provoquer cette congestion par l'administration des cantharides ou du seigle ergoté. (*Associat. med. journal* et *Bullet. général de thérapeutique.*)

TUMEUR LYMPHATIQUE GUÉRIE PAR L'ÉLECTRICITÉ MAGNÉTIQUE. — M. le docteur BOULU, médecin par quartier de l'Empereur, vient de consigner, dans le *Moniteur des hôpitaux*, l'observation suivante d'un mode de traitement des tumeurs lymphatiques trop négligé aujourd'hui.

M. B..., âgé de 52 ans, fréquemment atteint de violentes douleurs rhumatismales, vit apparaître, à la suite d'un de ces accès, une tumeur d'un très-petit volume, dans la région parotidienne gauche. On était alors au commencement de 1851. Comme elle prit un accroissement rapide, on fit les traitements internes et externes les plus variés, et cela pendant deux ans, sans en obtenir le moindre résultat, et la tumeur augmenta toujours. Le malade vint à Paris, y subit de nouveaux traitements, tout aussi inefficaces. Le malade nous ayant consulté, dit le docteur Boulu, nous constatâmes qu'à la région parotidienne du côté gauche existait une tumeur lymphatique d'un volume semblable à celui d'une forte orange aplatie, entourée de petites glandes engorgées et globuleuses, à convexité non régulière, inégale et légèrement bosselée; la peau qui l'avoisine n'a subi aucune altération. Il est facile de reconnaître qu'on a affaire à une forte tumeur lymphatique, dure, non fluctuante et insensible au toucher; ses prolongements ne paraissaient pas très-étendus; elle était néanmoins inopérable par l'instrument tranchant, eu égard aux vaisseaux et aux nerfs importants qu'elle recouvrait. En présence de l'insuccès de tous les traitements déjà tentés, nous songeâmes à recourir à l'emploi de l'électricité, dont nous avions souvent obtenu de si beaux résultats, et que nous appliquâmes à l'aide de l'ingénieux appareil des frères Breton, celui qui, par sa simplicité, est le mieux approprié aux besoins de tous les praticiens. De légères frictions électriques, et sur la tumeur et dans les parties voisines, furent d'abord pratiquées. Nos séances duraient de 15 à 20 minutes. Nous agîmes ensuite avec une intensité plus marquée, en localisant le fluide électrique sur toute l'étendue de la tumeur, sans toutefois jamais intervertir les pôles du courant magnétique. A chaque application du fluide, il se développait dans la tumeur une chaleur considérable. Après quinze jours de ce traitement, la tumeur avait changé d'aspect; elle avait perdu sa dureté. Après quinze jours de nouvelles applications, les nombreuses petites glandes avaient disparu; le volume était moindre. Enfin, après deux mois d'applications quotidiennes du fluide électrique, il ne restait plus de traces de la tumeur ni des gonflements glandulaires qui l'environnaient.

Dans le cours de ce traitement, jamais nous n'avons atteint le maximum de force magnétique que développe l'appareil Bre-

tion, quoique nous n'ayons agi que sur la surface extérieure de la tumeur; la guérison en fut donc obtenue sans aucune douleur. Le malade est revenu aussitôt à une santé parfaite et qui s'est constamment maintenue.

(*Revue de thérapeutique méd.-chirurgicale.*)

De l'orchite aiguë par effort musculaire; par M. Dulac. — Cette affection, moins rare peut-être que l'on ne pense, a été longtemps contestée. M. Velpeau est le premier qui ait voulu écouter ce que les malades disaient de l'effort qu'ils avaient été obligés de faire, effort qui avait été immédiatement suivi d'une vive douleur ressentie d'abord au cordon spermatique, et qui gagnait ensuite le testicule. M. Dulac n'a pas de peine à démontrer, d'après les dispositions anatomiques de la région de l'aine et d'après ce qui se passe pendant l'effort, que toutes les parties constituantes du cordon spermatique peuvent être facilement comprimées. Cette compression admise, la cause de l'orchite, suite d'effort musculaire, est expliquée. Au moment de la contraction des muscles abdominaux, une vive douleur se fait ressentir sur le trajet du cordon spermatique, et quelques heures après paraît l'inflammation du testicule. Cette inflammation, le plus souvent bénigne, peut aussi passer à l'état chronique. M. Dulac rapporte quatre observations qui démontrent incontestablement la réalité de cette cause.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

Traitement abortif de l'orchite blennorrhagique par les cautérisations superficielles au moyen de l'acide azotique. — L'épididymite blennorrhagique aiguë est une affection habituellement très-douloureuse, qui oblige presque toujours les sujets à garder le lit pendant un, deux ou même trois septénaires. L'expérience a appris à M. Chassaignac, que des applications irritantes sur le scrotum faites au moyen de l'acide nitrique, font cesser très-promptement cette douleur, en même temps qu'elles diminuent sensiblement la période aiguë de l'affection, et abrégent notablement la durée, habituellement indéfinie, de l'engorgement épididymaire consécutif. Ainsi, au lieu de recourir au traitement antiphlogistique habituellement employé contre l'épididymite blennorrhagique, M. Chassaignac fait des applications d'acide nitrique sur le scrotum, et administre, concurremment avec cette médication topique, les moyens connus comme antiblennorrhagiques proprement dits, et particulièrement un mélange de cubèbe et de copahu, à la dose de 10 grammes de chaque substance. Ces applications se font de la manière suivante : Un pinceau de charpie ou de coton cardé est plongé dans l'acide nitrique, puis promené sur la surface injectée de la bourse malade. C'est là ce que M. Chassaignac appelle le suspensoir à l'acide nitrique, parce que, sous l'influence de cet agent, le scrotum se crispe en quelque sorte, fait remonter le testicule, et entre peut-être pour quelque chose dans la résolution de l'engorgement par l'action mécanique de la compression. L'application, pour produire la rapide terminaison des accidents, ne doit être ni forte ni prolongée, auquel cas elle donne lieu à l'escarrification et plus tard à la suppuration, mais seulement très-légèrement transcurrente, de manière à produire le simple parcheminage de l'épiderme. M. Chassaignac a déjà soumis une soixantaine de malades à cette méthode, et n'a eu qu'à se féliciter des résultats prompts et décisifs auxquels elle a donné lieu.

(*Annales méd. de la Fland. occidentale.*)

Emploi de la scrophulaire aquatique dans les ulcérations scrofuleuses; par M. Sère (*de Muret*). — Un homme de 45 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une corpulence grêle, portait depuis des années, sur les parties latérales du cou, un certain nombre de ganglions indurés. En 1836, plusieurs de ces ganglions s'enflammèrent et donnèrent lieu à un foyer purulent. M. Sère, consulté au mois de juin 1838, apprit que des remèdes très-divers avaient été mis en usage sans beaucoup de succès : à cette époque, en effet, quatorze ulcérations présentant le caractère scrophuleux dévoraient les régions jugulaires. Présumant que le nom de la *scrophulaire* provenait peut-être d'une propriété anti-écrouelleuse, M. Sère résolut de s'en assurer. Il fit préparer un extrait de scrophulaire, qui fut journellement pris par le malade sous forme de pilules et à dose croissante; en même temps, des feuilles fraîchement écrasées étaient localement appliquées sous forme de cataplasmes. Le résultat en fut heureux, car à la fin du mois d'août, c'est-à-dire en moins de trois mois, toutes les ulcérations étaient cicatrisées.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

Fistule à l'anus traitée avec succès par des injections de perchlorure de fer; par M. A. MIERGUES fils, docteur-médecin.

M. V. J..., atteint de fistule à l'anus survenue à la suite d'un abcès au scrotum, s'étant refusé à une opération chirurgicale, fut traité pendant près de deux ans par divers topiques et injections, entre autres par celles de nitrate d'argent et les injections iodées, qui n'amenèrent aucun changement dans son état.

Lorsqu'il vint me consulter, la fistule offrait un bourrelet muqueux, par où s'écoulait une sérosité purulente et grisâtre; et, par suite des obstructions successives du méat externe, il s'était produit de petits abcès passagers. Je prescrivis les injections de teinture de ratanhia, qui, en pénétrant dans le rectum, donnaient au malade des envies d'aller (ces injections ne furent pratiquées qu'après avoir dilaté l'ouverture au moyen de l'éponge à la cire). Ce moyen fut vainement employé pendant un mois; alors je le traitai par les injections d'eau hémostatique de Pagliari, qui, dans quinze jours, avaient à peine modifié l'état des sécrétions. Pensant que la guérison se ferait trop attendre, si toutefois elle devait avoir lieu par ce moyen, je fis une petite injection avec le perchlorure de fer pur, n'ayant rempli la seringue qu'au tiers; la douleur fut vive, mais de courte durée. Des injections journalières furent faites avec le mélange suivant:

℞ Eau de Pagliari.	. 120	grammes.
Perchlorure de fer.	30	—

Au bout de huit jours, le malade était tout à fait guéri; il ne restait plus qu'un petit bourgeon charnu qui disparut par la cautérisation au nitrate d'argent. Notre malade a fait depuis lors plusieurs longs voyages en diligence sans éprouver le moindre inconvénient.

(*Ibid.*)

Ongle incarné. Extirpation. Emploi de la glace. — L'ongle incarné est une affection qui est combattue encore de bien des manières. Sur le même malade, qui avait deux ongles incarnés, M. Velpeau a attaqué l'un par la cautérisation au nitrate d'argent, puis arraché l'autre. La cautérisation est très-douloureuse, si douloureuse, que le jeune homme qui portait ces deux ongles incarnés demandait l'arrachement. La cautérisation encore guérit plus lentement, et d'une manière moins certaine. Somme toute, suivant ce chirurgien, il vaut mieux pratiquer l'extirpation. Pour cette opération, qui est une des plus douloureuses que la chirurgie ait à pratiquer, on a recours à l'usage du chloroforme. M. Velpeau préfère recourir à un mélange réfrigérant, composé d'une partie de glace bien pilée, et de deux parties de sel marin. Il applique cette glace et ce sel, bien mélangés, sur l'orteil dont il veut enlever l'ongle; au bout de une à deux minutes, la partie est gelée, l'insensibilité est complète, et l'opération est pratiquée sans que le patient ressente la moindre douleur. On a ainsi les avantages du chloroforme, sans faire courir aux malades aucun danger.

(*Presse médicale de Paris.*)

Compte-rendu de trente-deux cas d'abrasion de la cornée transparente; par le docteur Victor SZOKALSKI. — L'abrasion de la cornée, proposée par M. Malgaigne, il y a une dizaine d'années, comme moyen curatif d'opacités qui masquent la pupille, trouva à cette époque beaucoup de contradicteurs, et fut peu à peu abandonnée, malgré la défense éloquente de son savant inventeur. — Ayant éprouvé avec elle plusieurs mécomptes dans mes premiers essais, j'étais aussi disposé à me ranger parmi ses adversaires, lorsqu'une nouvelle série de faits est venue tout d'un coup me montrer qu'elle peut fournir, dans certaines circonstances, des avantages réels.

Un de mes malades, inutilement traité par tous les autres moyens, regagna son œil droit, grâce à cette opération, que j'exécutais à titre de dernier remède. — Il fut présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 7 juin 1847. Et bientôt après j'opérais son œil gauche masqué par une opacité de la même nature. — Elle était beaucoup plus difficile à enlever; cependant la vue n'était pas moins bien rétablie, et le malade fut présenté de nouveau à l'Académie à la fin d'octobre.

Ce succès releva ma confiance dans l'abrasion, je l'essayai de nouveau. A dire vrai, je ne marchai pas toujours de triomphe en triomphe; néanmoins j'obtins huit résultats très-encourageants que je consignai dans le numéro du 30 novembre 1847 de l'*Union médicale.*

Enhardi par ces faits, et ayant déjà acquis une certaine expérience, j'ai opéré depuis cette époque, sur vingt personnes, trente-deux opacités choisies parmi des cas qui me semblaient présenter le plus de chances de succès. Je me propose de rendre compte ici des résultats que j'ai

obtenus, espérant qu'ils ne seront pas sans profit pour la pratique chirurgicale.

L'exécution de cette opération est en général assez facile. — Le malade est assis ou debout, la tête appuyée contre le dossier du fauteuil ou contre le mur. — On écarte ensuite les paupières avec l'instrument de Kelley-Snowden ; on arrête le mouvement du globe en le comprimant légèrement du côté de l'angle interne avec l'indicateur d'une main ; avec l'autre on saisit un couteau lancéolaire ; et on gratte avec son tranchant la cornée, comme on a habitude de gratter le papier pour en faire disparaître les taches d'encre. Chez les personnes très-irritables, l'engourdissement léger avec le chloroforme sera très-utile pour l'exécution de ce procédé. — Chez les enfants il sera même indispensable, mais il le complique d'une manière notable ; car sous l'influence anesthésique la cornée se tourne en haut et dedans, et l'on est obligé de la ramener vers l'axe de l'orbite à l'aide d'une pince à érigne que l'on implante dans la conjonctive scléroticale.

L'épiderme cornéal se laisse aisément enlever sur le cadavre ; mais il est beaucoup plus adhérent sur l'œil vivant, et dans les cas où il est opaque, il présente souvent une telle résistance à l'instrument que l'on ne peut l'enlever dans une seule séance. — La substance propre de la cornée cède plus difficilement au râclement, et à un point que si l'on parvient à lui faire reprendre sa transparence normale, on doit l'attribuer beaucoup plus souvent à l'existence de la résorption qu'à l'enlèvement mécanique de la partie opaque.

Dans le nombre de trente-deux yeux opérés par ce procédé, je compte quinze succès complets et huit demi-succès. — Dans cinq cas l'abrasion est restée sans résultat, et dans quatre il a fallu y renoncer à cause de la réaction excessive et d'accidents graves.

Dans les quinze succès l'opacité était huit fois nuageuse, superficielle, et présentait l'aspect granuleux à l'inspection latérale de l'œil. — Cinq fois elle s'étendait aux couches superficielles de la substance cornéale, et dans trois, elle était encore plus profonde et presque leucomateuse.

Dans les cas de demi-succès, l'opacité était interlamellaire et profonde et recouverte d'épiderme normal. — Dans quatre cas de cette catégorie, on distinguait au milieu des parties opaques des cicatrices provenant d'anciennes ulcérations.

Parmi ces cas restés sans résultat, j'en comptais trois qui me semblaient présenter les meilleures chances de succès. Les opacités étaient légères, semi-diaphanes ; cependant elles sont restées telles qu'elles étaient auparavant, malgré huit à dix tentatives d'abrasion. — Il est bon cependant de remarquer que les individus opérés avaient déjà dépassé trente ans, qu'ils étaient scrofuleux par hérédité, et que les opacités dataient de l'enfance.

D'après mes observations, les taches centrales, dépourvues de cicatrices, entourées de tous les côtés d'une substance diaphane, sont le plus favorables à l'opération ; celles, au contraire, qui touchent au bord de la sclérotique, qui présentent des vascularités superficielles ou profondes, qui prennent l'aspect fibreux ressemblant à celui de la sclérotique, sont ordinairement rebelles et souvent dangereuses à opérer.

La réaction inflammatoire n'est pas toujours en rapport avec le degré de l'irritation occasionné par l'abrasion ; quelquefois elle est à peine marquée malgré les efforts prolongés et souvent réitérés ; d'autres fois elle est très-intense, bien qu'on ait agi avec tout le ménagement possible. Il est bien à remarquer que ce n'est ni la cornée ni la conjonctive qui présentent les premiers signes d'inflammation, mais l'iris et la chambre antérieure. Ainsi, la contraction permanente de la pupille, le boursoufflement et la décoloration légère de l'iris, et surtout les premiers vestiges d'hypopyon, doivent nous servir d'indice qu'il faut s'arrêter, et s'abstenir de nouveaux essais.

L'inflammation une fois éveillée peut facilement devenir funeste. — Dans deux cas parmi ceux que je mentionnais dans la dernière catégorie, les yeux furent fortement compromis. Une fois il est survenu une iritis intense et opiniâtre, et une autre fois une ophthalmie qui a failli se terminer par la fonte purulente du globe. — En présence de pareils faits on ne peut prendre assez de précaution ; aussi ils m'ont confirmé dans les règles que j'avais déjà adoptées auparavant :

1° D'exécuter l'abrasion dans plusieurs séances consécutives, d'être surtout très-circonspect dans les premières, et d'agir toujours avec le plus grand ménagement ;

2° De ne jamais trop approcher du bord de la cornée, car je crois devoir constater qu'il supporte beaucoup plus mal les lésions traumatiques que le centre.

Les premières séances sont les plus importantes ; elles nous indiquent jusqu'à quel point on peut pousser la hardiesse sans s'exposer au danger. — Elles seront rapprochées ou éloignées selon le degré de

réaction, et si l'on voit, dans le courant du traitement, qu'il faut compter davantage sur la résorption que sur l'enlèvement des lamelles opaques, on peut stimuler la résolution par les moyens internes, tels que les *mercuriaux*, les préparations d'*iode*, et surtout par le *polygala senega*, qui paraît posséder réellement la propriété spécifique d'activer la résorption dans l'œil, que les oculistes allemands lui attribuent depuis longtemps.

Il est certain que les cicatrices provenant des anciennes ulcérations, ne peuvent disparaître par l'abrasion ; mais elle exerce au moins une action incontestable sur les épanchements interlamellaires qui les entourent. Il en résulte qu'en présence de ces cicatrices mêmes l'opération n'est pas à dédaigner, bien qu'en terme général elle fournisse des résultats beaucoup moins satisfaisants.

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

Tumeurs du creux du jarret, formées par une hernie de la synoviale du genou; par M. BAUCHET. — Ces tumeurs ne sont pas absolument rares; leur nature n'est pas exactement connue. Sont-elles formées réellement par une hernie de la synoviale articulaire, à travers une éraillure des ligaments postérieurs du genou, ainsi qu'on le pense généralement, ou bien doivent-elles rentrer dans la catégorie de ces tumeurs du poignet, que l'on désigne sous le nom de ganglions, et que M. Gosselin a trouvées constituées par un développement anormal des follicules synovipares? Il est bon d'appeler l'attention sur ce point, afin qu'on cherche à l'éclaircir chaque fois que l'occasion s'en présentera. Dans certains cas, il n'est pas douteux que ces tumeurs soient formées par la synoviale elle-même, par exemple quand elles disparaissent facilement sous la pression, quand, en les comprimant, on provoque dans plusieurs points de l'article et surtout autour de la rotule, une secousse caractéristique, produite par le liquide qui passe de la tumeur dans cette articulation et refoule les doigts qui sont appliqués sur elle. Mais dans d'autres cas, quand la tumeur est petite, peu ou point réductible, assez dure; quand on ne détermine pas, en la faisant rentrer, la secousse dont nous venons de parler, peut-être l'étiologie de cette tumeur serait-elle la même que celles de ganglions du poignet.

Ces tumeurs sont fluctuantes, régulièrement arrondies ou présentant quelques bosselures ; sans changement de couleur à la peau ; sans adhérence aux téguments ; plus ou moins dures.

Elles sont plus dures, plus saillantes dans l'extension ; plus molles, plus cachées, plus profondément situées dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

Elles sont, en général, réductibles en entier; quelquefois, une partie seulement du liquide qu'elles renferment disparaît à la pression. Rarement elles sont sans communication avec la cavité synoviale articulaire. Quand on les vide par la pression, le volume du genou augmente, et réciproquement, quand on presse sur le genou, on les rend plus tendues.

Il semble qu'alors leur développement soit dû à une hydarthrose qui même persiste quelquefois; et M. Velpeau paraît admettre cette origine comme constante. Seulement le goulot de communication des deux cavités peut s'oblitérer, et cette oblitération est d'un bon augure pour la cure radicale; on peut alors les traiter comme des kystes simples, par la ponction et surtout par les injections irritantes, la teinture d'iode, par exemple, à laquelle M. Velpeau donne la préférence.

Quand elles sont en libre communication avec la synoviale du genou, elles se reconnaissent aisément aux caractères indiqués. Mais quand la tumeur ne peut plus se vider par la pression, le diagnostic est moins facile.

Dans certains cas, la tumeur peut repousser en arrière l'artère poplitée, et alors offrir au doigt de l'observateur des battements qui pourraient en imposer et faire croire à l'existence d'un anévrisme. L'anévrisme peut même aussi se vider quelquefois complétement ou incomplétement. Mais quand il s'agit d'une hernie de la synoviale, c'est dans la synoviale du genou qu'est versé son contenu, et l'on sent bien le liquide qui est chassé de la tumeur et qui vient soulever la rotule. Avec un peu d'attention, il sera toujours facile d'éviter cette cause d'erreur.

On en prendra une idée plus exacte, en lisant les observations suivantes.

Obs. I. — Une femme de 43 ans, bien constituée, bien portante habituellement, avait été prise, à différentes époques, de douleurs rhumatismales dans diverses articulations, et spécialement au genou qui est actuellement le siége de la tumeur. Elle ne dit pas clairement si, à ces époques, les articulations se gonflaient.

Il y a un an environ, elle s'aperçut par hasard, en ôtant sa jarretière, que son genou gauche était en arrière plus gros que l'autre. Mais cette région n'étant le siége d'aucune douleur, elle continua à

se livrer à ses occupations qui, d'ailleurs, n'exigeaient pas grande fatigue : elle était assise presque toute la journée.

Cependant, plusieurs mois après, le genou avait augmenté de volume; le creux du jarret était encore plus effacé, elle y reconnut une tumeur; et, celle-ci continuant à s'accroître, elle s'effraya, et entra le 15 juillet 1852 dans le service de M. Velpeau.

Le genou a conservé tous ses mouvements; ils s'opèrent sans aucune douleur. A sa partie postérieure, dans le milieu de l'espace losangique qui forme le creux du jarret, il existe une tumeur arrondie, fluctuante, bien limitée, indolente même à une forte pression, sans battements, sans bosselure, sans adhérence avec les téguments, sans changement de couleur à la peau, située assez profondément quand la malade plie le genou, plus saillante dans le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse. Cette tumeur diminue et disparaît même tout à fait à la pression, surtout quand on a préalablement fait fléchir la jambe. Dans l'extension, au contraire, elle résiste davantage et disparaît plus difficilement, même sous une forte pression.

A la partie supérieure et antérieure de l'article, de chaque côté de la rotule, mais surtout en dedans, il existe une autre saillie également fluctuante. Cette saillie est plus tendue quand on a vidé la tumeur du creux du jarret. Le doigt, appliqué sur elle, éprouve même un mouvement d'impulsion. Et réciproquement, quand on presse la partie antérieure du genou, la tumeur devient plus tendue, plus dure.

La rotule est soulevée, et quand, après avoir, avec les deux mains convenablement disposées, entouré l'articulation, ramassé le liquide qu'elle contient, on presse sur la rotule, on sent qu'elle traverse une couche liquide avant d'aller rencontrer un plan résistant, avant d'aller heurter les condyles fémoraux. En même temps, les doigts placés autour d'elle éprouvent une impulsion, un choc. Ils sont foulés en dehors.

En même temps, la malade présentait des symptômes de syphilis constitutionnelle ancienne. On la soumit donc à un traitement antisyphilitique; quant à l'affection locale, on prescrivit plusieurs vésicatoires volants sur le genou, un vésicatoire sur la tumeur, des frictions avec la pommade d'iodure de plomb, un bandage un peu compressif et le repos au lit.

La malade sort six semaines après. La tumeur n'a pas complétement disparu, mais elle a diminué de volume. Il n'y a pas de douleur dans le genou, ni à la pression, ni à la marche. La gêne est moindre qu'à l'entrée de la malade. On lui recommande bien d'éviter les grandes fatigues, les courses, les marches un peu longues, de porter autour du genou un bandage compressif, soit une genouillère élastique, et d'avoir soin de placer préalablement un petit tampon dans le creux du jarret, sur la tumeur.

L'on n'a pas revu la malade.

Obs. II. — Une femme de 54 ans entra dans le service de M. Velpeau, le 4 janvier 1853.

Il y a un an qu'elle s'est aperçue, par hasard, qu'elle portait, dans le creux du jarret droit, une petite grosseur qui ne la faisait point souffrir, même quand elle la pressait, et qui ne la gêna pas tout d'abord.

Mais, peu à peu, cette tumeur grossit; en augmentant de volume, elle commença à gêner les ~~mouvements de~~ l'articulation. La malade remarquait que la tumeur grossissait quand elle était restée longtemps debout, quand elle avait beaucoup marché, quand elle était fatiguée. Dans ces conditions, elle éprouvait quelques picotements, et pliait plus difficilement la jambe. Le repos faisait vite disparaître cette petite douleur, cette gêne des mouvements. Cependant la malade n'est pas rassurée, et elle entre à l'hôpital.

La tumeur est placée dans le creux du jarret droit, un peu en bas et en dedans. Elle est de la grosseur d'une noix, assez dure, surtout quand le membre est dans l'extension, indolente, bien circonscrite, fluctuante; mais pour trouver la fluctuation bien évidente, il faut fléchir un peu la jambe sur la cuisse. Pas de changement de couleur à la peau; pas d'adhérence entre la tumeur et les téguments. Pas de battements. Quand on comprime la tumeur, elle semble diminuer de volume, mais on ne la réduit pas complétement comme dans le cas précédent. — Prescription : *Repos; frictions avec l'iodure de plomb; compression modérée.* La tumeur reste dans le même état.

16 *février*. Ponction avec un petit trois-quarts : il sort par la canule un liquide citrin, filant, environ 150 grammes. Avant de pratiquer la ponction, la jambe est fortement étendue sur la cuisse, la tumeur est comprimée contre les condyles fémoraux. Bandage légèrement compressif. Quelques jours après, les frictions sont reprises.

Cependant, la tumeur s'est d'abord remplie; elle a même augmenté de vo-

tumeur pour diminuer un peu ensuite. Au moment où la malade sort de l'hôpital, elle est un peu moins grosse qu'avant la ponction.

Cette femme n'éprouve pas de douleurs; elle reste levée, marche, se tient sur sa jambe droite, sans éprouver de gêne. Elle demande à sortir le 15 avril 1853.

On lui fait les mêmes recommandations qu'à la précédente, et on l'engage, si la tumeur augmente, si elle devient le siége de douleurs, la cause d'une gêne plus grande, à revenir à l'hôpital. On ne l'a pas revue.

A ces deux observations, M. Bauchet en ajoute une troisième qu'il a recueillie, en octobre 1851, dans le service de M. Nélaton, et qui a déjà été publiée par M. Longy dans sa thèse (*Essai sur le diagnostic des tumeurs de la région poplitée*, 14 février 1852, p. 47).

OBS. III. — Le malade était un jeune homme de 28 ans; la tumeur occupait le losange poplité; assez volumineuse, assez globuleuse, grosse comme un petit œuf, dure (la dureté augmentait dans l'extension du membre); elle était rendue molle par un mouvement inverse; elle disparaissait un peu par la flexion et presque complétement par la pression.

Dans la grande cavité synoviale, un épanchement.

L'affection datait de sept mois et avait débuté par le genou. Pas de changement de couleur à la peau. Pas de douleur. Gêne à la marche, dans la station verticale, dans les mouvements du genou.

Ces tumeurs, sans constituer une maladie dangereuse, provoquent plus ou moins de gêne dans les mouvements, et peuvent *même*, arrivées à un certain volume, amener, par suite du tiraillement et de l'allongement des filets nerveux, des douleurs plus ou moins vives.

Elles sont en général assez rebelles. Il faut commencer par traiter l'hydarthrose quand elle existe; et si la tumeur ne disparaissait pas en même temps, si même elle allait s'accroissant, on pourrait avoir recours à une ponction simple, aidée des vésicatoires et de la compression, ou à une ponction suivie d'une injection iodée dans la tumeur. Si cela ne suffit pas, il faut conseiller au malade de tenir une pelote dans le creux du jarret, soigneusement appliquée sur la tumeur, de la maintenir soit à l'aide d'un bandage compressif, soit, mieux encore, à l'aide d'une genouillère élastique. M. Velpeau a souvent fait cette recommandation aux malades qui portaient de ces sortes de tumeurs, et qui en ont retiré de bons effets.

« Dans un cas semblable, dit M. Nélaton dans une de ses leçons cliniques (novembre 1851), voici ce que j'ai fait : le malade avait remarqué qu'il pouvait faire rentrer sa tumeur et alors marcher sans inconvénient. Je lui ai donné le conseil de porter un petit appareil compresseur autour du genou; j'ai perdu de vue le malade; mais ce que je puis dire, c'est que, pendant les cinq ou six semaines que je l'ai vu, il se trouvait bien de ce conseil. »

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

EMPLOI DU TANNATE DE ZINC DANS LA BLENNORRHAGIE. — On lit, dans les *Annales cliniques de Montpellier*, que dès que l'acuité de la blennorrhagie a cessé, le professeur Alquié a recours aux injections suivantes :

℞ Tannate de zinc. .	1	gramme.
Eau	100	»

Une injection matin et soir.

Ces injections amènent ordinairement la disparition des gouttes uréthrales rebelles, sans déterminer d'abord une augmentation de l'uréthrite et de l'écoulement, comme le font les autres injections astringentes ou caustiques.

(*Revue de thérap. médico-chirurgicale.*)

DES AFFUSIONS FROIDES DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. — Cette méthode, à laquelle M. Récamier a dû de si beaux succès, n'est pas assez connue. Le *Southern medical and surgical journal* rapporte un exemple où son emploi a été des plus heureux. Une femme de 18 ans, primipare, fut prise, après plusieurs heures de début du travail, de convulsions partielles, puis de violentes convulsions générales. Le docteur Booth pratiqua aussitôt l'extraction de l'enfant, espérant que la délivrance mettrait un terme aux convulsions; mais elles n'en continuèrent pas moins, se compliquant de perte de connaissance, et résistèrent pendant douze heures à des moyens très-énergiques, qu'on n'indique d'ailleurs pas. Le médecin ne savait plus que faire et désespérait de sa malade, lorsqu'il lui vint à l'idée d'essayer les affusions froides. Il les fit sur tout le corps pendant plusieurs minutes avec de l'eau de puits. Une demi-heure après, la malade sortit de sa stupeur, reprit sa connaissance, et n'eut plus aucune convulsion. Les suites de couches se passèrent très-bien.

(*Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

Chimie médicale et pharmac.

DES MOYENS DE CONSTATER LA PRÉSENCE DE L'IODE ET D'EN DÉTERMINER LA PROPORTION ; par M. S. DE LUCA. — Un travail que je publierai bientôt et qui a pour titre : *Recherches de l'iode dans l'air et dans l'eau de pluie*, m'a donné l'occasion de contrôler les méthodes en usage dans les laboratoires de chimie pour constater la présence de l'iode et pour doser ce métalloïde.

L'iode peut exister à l'état libre, soit sous forme solide, soit sous forme de vapeur ; il peut se trouver en dissolution dans l'eau, l'alcool, le sulfure de carbone, le chloroforme, la benzine, et il peut se trouver en combinaison avec les métaux et les métalloïdes ; quelle que soit la forme sous laquelle il se trouve, on peut toujours le réduire à l'état d'iodure de potassium, au moyen d'un peu de potasse, de nitrate ou de chlorate de potasse exempts d'iode, qu'on met en présence de la combinaison iodurée ; il suffit pour cela de faire bouillir, d'évaporer ensuite et de calciner.

Ce procédé ne serait pas applicable à l'éther iodhydrique ni aux combinaisons analogues. Dans ce cas, il faut procéder à une analyse organique au moyen de la chaux pure.

L'iode en vapeur se reconnaît aisément à l'aide de la coloration bleue qu'il communique à la solution d'amidon. Si ce métalloïde est délayé dans une très-grande quantité d'air, on fait passer ce gaz à travers une solution faible de potasse, afin de l'obtenir à l'état d'iodure de potassium.

Dissous dans l'eau, l'iode peut en être séparé par distillation ; toute la substance se trouve contenue dans les premiers produits de la volatilisation, et le résidu est complétement exempt d'iode.

Un moyen plus simple pour séparer l'iode de sa dissolution aqueuse consiste à agiter cette dissolution avec un peu de sulfure de carbone, de chloroforme ou de benzine.

Mais quand l'iode ne se trouve qu'en très-petite quantité, il est préférable d'évaporer le liquide avec un peu de potasse et de le convertir en iodure par la calcination. L'iode se trouve ainsi ramené dans tous les cas à l'état d'iodure soluble. Or, voici les caractères des iodures :

I. Les iodures solubles donnent avec le nitrate d'argent un précipité blanc insoluble dans l'acide azotique ; cette propriété est commune au chlorure et au bromure d'argent ; mais en présence de l'ammoniaque ces précipités se comportent différemment ; tandis que le chlorure d'argent s'y dissout presque instantanément, l'iodure y est très-peu soluble et le bromure s'y dissout un peu plus facilement : le bromure précipité dans une liqueur acide est presque insoluble dans l'ammoniaque.

Quand la solution contient en même temps des phosphates, des carbonates, etc., il est indispensable de l'aciduler avant le traitement par l'azotate d'argent, sinon on obtient des précipités de phosphates ou de carbonates d'argent, qui sont toutefois solubles dans l'acide azotique.

II. En présence du sulfate de cuivre contenant un excès d'acide sulfureux, les iodures donnent à froid et immédiatement un précipité blanc de proto-iodure de cuivre. Si l'on chauffe, le précipité se forme également, mais alors il n'est plus caractéristique. En effet, avec le sulfate de cuivre et l'acide sulfureux, les chlorures et les bromures donnent, sous l'influence de la chaleur, un précipité blanc de protochlorure ou de protobromure de cuivre.

Je crois devoir donner ici quelques détails relatifs à l'action qu'exerce l'acide sulfurique sur les proto-iodure et protobromure de cuivre. Dans cette réaction se produisent diverses apparences propres à donner lieu à des méprises singulières, comme nous avons eu occasion de le constater, M. Berthelot et moi, dans l'examen de bromes du commerce au laboratoire du collége de France.

1° Le proto-iodure de cuivre quand on le chauffe en présence de l'acide sulfurique concentré, se décompose sans se dissoudre, en dégageant des vapeurs violettes qui colorent en bleu le papier amidonné ; une partie de l'iode reste en dissolution dans l'acide qu'il colore d'une teinte rougeâtre, et cette teinte persiste en présence d'un excès d'eau. Mais il est facile de décolorer la solution en l'agitant avec un peu de chloroforme. Ce corps entraîne la totalité de l'iode. Soumis alors à des traitements convenables, il en reproduit les réactions.

2° Le protobromure de cuivre, par l'action de la chaleur et de l'acide sulfurique concentré, se dissout complétement en produisant une liqueur noirâtre et translucide. Si l'on continue à chauffer, des vapeurs de brome se dégagent. Cette dissolution refroidie laisse déposer des cristaux noirâtres de perbromure de cuivre. Pour peu que l'on agite, les parois du tube se tapissent au loin de larges traînées violacées formées par les cristaux. Ces traînées simulent, à s'y méprendre, l'iode préci-

pité au sein d'un liquide. Mais ces cristaux sont facilement solubles dans l'eau et produisent une solution transparente et légèrement teintée en vert; ils ne sont pas volatils, et n'agissent pas sur l'amidon; traités par le chloroforme, ils ne présentent aucun phénomène de dissolution. Notons ici qu'à leur aspect vient se joindre un autre signe propre à induire en erreur relativement à leur nature; si on les traite à froid par l'amidon additionné de potasse pour saturer l'excès d'acide sulfurique, dont ils sont imprégnés, il se produit un précipité bleu foncé d'hydrate de cuivre qui simule, si l'on n'y prend garde, la coloration due à l'iodure d'amidon.

Si je signale ici ces réactions, c'est, je le répète, qu'elles donnent lieu avec le protobromure à certaines apparences simulant les caractères de l'iode. Sur la foi de ces réactions et de quelques autres, on avait cru trouver des quantités considérables d'iode dans des échantillons de bromes du commerce, bromes dont nous avons d'ailleurs constaté la pureté.

III. En présence du peroxyde de manganèse et de l'acide sulfurique, les chlorures, les bromures et les iodures dégagent du chlore, du brome et de l'iode avec tous les caractères propres à ces métalloïdes.

IV. En outre, il est d'autres procédés pour mettre en évidence l'iode, comme, par exemple, la production de l'eau oxygénée au moyen du bioxyde de baryum et de l'acide chlorhydrique; on met ce mélange en présence de la solution d'amidon et d'un iodure soluble.

On emploie aussi, pour constater la présence de l'iode, des mélanges de différents acides, mais les résultats ne sont pas toujours exacts et ils ne servent jamais à déceler des quantités minimes d'iode.

V. L'emploi des sels de palladium pour la recherche et pour la séparation de l'iode, a été aussi proposé. Ce procédé est très-sensible, mais à raison de la réduction facile du palladium par les matières organiques, il prête à l'erreur et ne donne pas toujours des résultats satisfaisants.

Les procédés qui viennent d'être exposés ne donnent des résultats un peu précis, que quand on opère sur des quantités notables d'iode. Voici maintenant des réactions plus délicates, parmi lesquelles il y en a une dont la sensibilité est pour ainsi dire illimitée.

Les réactifs nécessaires dans le procédé qui suit, sont :

1° L'acide chlorhydrique pur très-étendu (une goutte dans 20 grammes d'eau); une solution d'amidon récemment préparée, froide et filtrée; de l'acide azotique fumant.

Après avoir versé de l'amidon dans le liquide à examiner, on y ajoute un peu d'acide chlorhydrique, puis de l'acide azotique; la coloration bleue apparaît aussitôt, et il arrive un moment où cette coloration demeure invariable.

On peut se servir de ce procédé pour doser l'iode en se fondant sur l'intensité de la teinte et en la comparant avec celle produite par une solution normale d'iodure de potassium, et en tenant compte du volume des liquides et du poids de la matière employée. Quelquefois on ramène les deux colorations à la même teinte, en ajoutant à la plus foncée des volumes connus d'eau distillée. Il faut aussi opérer à la température de 10 à 15°, et dans tous les cas à une température qui est la même pour les deux liquides, ce qu'on réalise le mieux en opérant dans des tubes fermés à une extrémité et du même diamètre, qu'on fait plonger dans un verre à pied rempli d'eau. Il est bon de ne pas opérer sur des dissolutions trop étendues.

2° Nous devons à M. Schoenbein un autre réactif de l'iode; c'est l'air ozonisé qu'on obtient, en plaçant horizontalement au fond d'un flacon, de la capacité de trois litres, un bâton de phosphore à demi plongé dans l'eau; l'ouverture du flacon doit être imparfaitement bouchée : au bout de quelques heures, l'air du flacon est entièrement ozonisé et suffit pour colorer en bleu du papier amidonné qu'on avait fait plonger dans la dissolution d'un iodure.

3° L'air ozonisé peut être remplacé par un peu de chlore gazeux qu'on fait arriver sur le papier réactif humide.

Avec une certaine habitude on peut obtenir par cette méthode des colorations constantes, pourvu qu'on ait le soin de retirer le papier du contact du gaz quand la coloration obtenue commence à disparaître sur quelque point.

4° Il me reste à décrire le procédé le plus précis et dont la sensibilité est extrême; le principe de ce procédé m'a été indiqué par M. Balard, qui en a fait l'objet d'une communication à l'Académie en mon nom; il est très-simple et peut réussir entre des mains même peu exercées et la présence du chlore ou du brome ne gênent en rien. Voici comment on opère.

Le liquide supposé contenir de l'iode à l'état d'iodure est introduit dans un tube fermé par un bout, et on y verse quelques gouttes de sulfure de carbone, ou de chloroforme; ensuite on ajoute une solution aqueuse de brome très-étendue. Le brome

ne décompose que les iodures sans toucher aux chlorures ou aux bromures. On agite le mélange, l'iode déplacé se dissout dans le sulfure de carbone qu'il colore en violet plus ou moins foncé, ou en rose, s'il est en quantité très-minime.

On arrive de cette manière à découvrir avec facilité l'iode contenu dans un centième de milligramme d'iodure de potassium, et avec quelques précautions, cette sensibilité peut être poussée jusqu'au millième de milligramme.

Il faut éviter l'emploi d'un excès de brome qui formerait une combinaison avec l'iode, qui ne donne pas de coloration violette avec le sulfure de carbone ou avec le chloroforme.

Si la solution iodurée est alcaline, il est nécessaire de la neutraliser avec l'acide azotique faible, avant de la soumettre au traitement qui vient d'être décrit.

Ce procédé je l'ai aussi appliqué au dosage de l'iode. Pour cela, on prépare d'abord une solution normale de brome au moyen d'un gramme de brome pour quatre litres d'eau distillée; 4 cent. cubes de cette solution contiennent alors 1 milligramme de brome; on prend 40 cent. cubes de cette solution, c'est-à-dire 10 milligrammes de brome et on y ajoute la quantité d'eau nécessaire pour compléter un litre, savoir 960 cent. cubes; chaque cent. cube de cette nouvelle solution contiendra 1/100 de milligramme de brome.

Deux pipettes effilées et graduées sont nécessaires pour faire cette opération, l'une pour prendre l'eau bromée, l'autre pour prendre le sulfure de carbone, car il est nécessaire d'employer toujours la même quantité de sulfure pour qu'on puisse apprécier la nuance de coloration sous le même volume de liquide. Les deux pipettes peuvent être remplacées par deux burettes convenablement graduées.

Après une première opération, on enlève le sulfure de carbone coloré par l'iode, et on le remplace par une nouvelle portion de ce liquide, et on répète ce traitement jusqu'à ce que le sulfure ne se colore plus.

C'est une espèce de dosage comparable à celui de l'argent par le chlorure de sodium, où l'on cesse d'opérer dès que le chlorure ne donne plus de précipité; ici, on cesse d'agir quand le sulfure de carbone ne se colore plus.

La quantité de brome employée déduite de celle qui n'a pas coloré le sulfure de carbone, indique par un simple calcul fondé sur les équivalents chimiques, la quantité d'iode mise en liberté et contenue dans la substance analysée.

La solution normale de brome doit être ajoutée par gouttes, et on doit déterminer d'avance combien de gouttes forment un centimètre cube.

D'après ce qui précède, j'ai appliqué le même procédé pour doser à la fois le chlore, le brome et l'iode contenus dans un mélange donné. Ce problème qui est toujours difficile à résoudre au moyen des procédés connus et décrits dans les traités d'analyse chimique de Rose et de Frésénius, se trouve maintenant résolu et de la manière la plus complète et la plus facile.

Voici comment.

A l'aide d'une solution titrée d'argent on connaît la quantité d'argent nécessaire pour précipiter les trois métalloïdes; ensuite, au moyen du brome on dose l'iode; enfin par le chlore titré on dose ensemble le brome et l'iode, et on obtient ainsi les éléments nécessaires au calcul.

Il est presque inutile de dire ici comment il faut préparer la dissolution titrée de chlore : on prépare d'abord une dissolution de chlore dans l'eau distillée, ensuite on l'étend d'une quantité déterminée d'eau; on en détermine le titre au moyen d'une dissolution titrée d'iodure de potassium, procédant en ceci avec du sulfure de carbone, ainsi qu'on l'a dit plus haut. La quantité de chlore employée pour chasser tout l'iode de l'iodure de potassium indique le titre de la dissolution.

La dissolution normale de chlore doit être préparée récemment et bien conservée dans un flacon bleu bouché à l'émeri.

Quand le liquide chloré est préparé depuis quelques jours, il est bon d'en vérifier le titre avant de s'en servir.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Histoire naturelle médicale.

De la production de la scammonée aux environs de Smyrne; par M. Sidney Maltass. (Traduit du *Pharmaceutical journal*, par Er. Hottot).

La scammonée, appelée par les Grecs, *σκαμμωνια*, et par les Turcs *ma moutia* (les Grecs de l'Anatolie lui donnent aussi ce dernier nom), croît sans culture, non-seulement dans toutes les régions de l'Anatolie, mais encore en Syrie, dans les îles de Grèce et dans celles de l'Archipel. Elle occupe généralement les endroits montagneux; mais on la rencontre aussi dans les plaines étalant sa végétation luxuriante au milieu des genévriers, des arbousiers, etc., qui lui donnent appui et abri, et dont les feuilles mortes rendent le

sol favorable à sa croissance. La racine a la forme d'une carotte et est chargée de sucs.

Lorsqu'elle a atteint sa quatrième année, elle a environ 6 centimètres de diamètre au collet, et diminue graduellement de grosseur jusqu'à son extrémité. Sa longueur varie de 0m,30 à 0m,60 et va même jusqu'à 1 mètre. Quelquefois elle atteint de plus grandes dimensions, et on l'a vue dans quelques cas arriver à 0m,30 ou 0m,40 de diamètre au collet.

La fleur est généralement d'un jaune pâle, ou blanche avec des bandes rouges à l'extérieur.

Quelle qu'en soit la couleur, celle de la racine ne varie pas, et l'on ne trouve pas de différence notable dans les feuilles.

Les scammonées produites par des plantes de fleurs de couleurs différentes n'ont pas non plus de caractères distinctifs ; les paysans coupent indifféremment les racines ; la plante à fleur jaune est toutefois la plus abondante.

La seule différence appréciable est celle qu'occasionne le sol.

La scammonée qui a l'odeur la plus prononcée est celle qui provient des endroits montagneux et d'un sol pauvre. Les terrains riches ou marécageux produisent un suc plus aqueux qui, par la dessiccation, donne une scammonée brunâtre et d'un poids spécifique moindre.

Les contrées où l'on récolte la scammonée sont très-étendues. Les paysans de Smyrne et des villages voisins vont dans le Sud jusqu'à Adalie, et dans le Nord, jusqu'à Brousse et le mont Olympe, quelques-uns même vont à Angora.

Sochia, près le fleuve Méandre, en fournit une grande quantité ; mais c'est Kirkagatch et Demorgik, dans la plaine de Mysie, qui en produisent le plus. Il en vient peu de Konieh et de Kataya ; Samos n'en produit pas, à ma connaissance ; des Samiens en récoltent, il est vrai, mais c'est en traversant la mer pour venir travailler aux environs de Sochia, de Scala-Nuova et d'Éphèse ; ils l'apportent généralement à Smyrne, mais quelquefois aussi ils la vendent à Samos.

La scammonée se récolte en été pendant que la plante est en fleur.

On commence par enlever les buissons qui donnent appui aux plantes, on creuse la terre autour de la racine à la profondeur de 0m,10 à 0m,15, et l'on coupe obliquement à environ 0m,05 du collet. On fixe ensuite à la partie supérieure de la racine une écaille de moule où la résine vient se rendre. En dernier, on place aux abords du trou des pierres pour garantir les écailles de la poussière et des corps étrangers. Le suc s'écoule librement le matin et le soir, mais au moment de la chaleur il s'arrête. Une seule plante ne suffit pas généralement à remplir une écaille ; mais il arrive quelquefois qu'une bonne racine en emplit deux ou trois. Le sol, l'exposition et l'âge influent sur la quantité de résine que peut produire une plante. Dans certains endroits, cent racines produisent à peine 40 grammes de scammonée ; dans d'autres, chaque racine en donne 4 grammes, et, dans un sol favorable, une plante de quatre ans en fournit jusqu'à 8 grammes.

M. Maltass a entendu dire qu'une racine de 0m,12 de diamètre avait produit 50 grammes de résine, mais celles qu'il a coupées ne rapportaient pas plus de 4 grammes, quelquefois même elles ne rapportaient pas cette quantité.

Il est d'usage de laisser les écailles jusqu'au soir, on les recueille alors et l'on gratte avec un couteau la partie coupée de la racine pour enlever le suc concrété. Les paysans turcs appellent ce produit *kamak* ou crème, et le suc des écailles *yaha* ou lait.

Le contenu des écailles est vidé dans des bassines et mélangé intimement avec la résine que l'on a enlevée de la surface des racines. Cette opération se fait avec un couteau et se continue jusqu'à ce que le mélange soit en consistance telle que, pris à la pointe du couteau, il en tombe en formant un filet. S'il est trop sec, on ajoute de l'eau, mais alors il faut le faire pendant la partie du jour la plus chaude, autrement le mélange ne se fait pas bien. C'est ce produit que l'on appelle *la scammonée pure en larmes*. Celle que les Grecs récoltent est de beaucoup supérieure à celle des Turcs. Ces derniers, naturellement apathiques, ne prennent pas le soin de séparer les impuretés, et quelquefois même enlèvent de petits morceaux de racines avec le suc concrété.

La scammonée n'est jamais vendue dans des écailles, il serait difficile de la détacher lorsqu'elle est sèche ; les paysans, cependant, en gardent quelques-unes pour leur usage, car ils emploient beaucoup la scammonée pour étancher le sang et guérir les blessures ; ils s'en servent aussi comme purgatif à la dose de 4 grammes dans un verre d'eau tiède.

La scammonée que les paysans grecs récoltent est à peu près la seule pure que l'on puisse trouver ; la quantité n'en dépasse pas 300 *okes* par an, ou environ 3[illegible] kilogrammes, et est vendue, à un prix très-élevé, à un petit nombre de marchands qui en connaissent la supériorité.

Les acheteurs la conservent dans des séchoirs bien aérés et à l'ombre ; ils l'étendent sur des peaux de mouton, l'aplatissent en couches minces si elle est humide, et la retournent de temps à autre pour l'empêcher de moisir en dessous. Lorsqu'elle est sèche, on la coupe en morceaux irréguliers et on l'expédie dans de petites caisses contenant environ 15 kilogrammes.

La scammonée pure se reconnaît facilement lorsqu'elle est sèche ; elle est légère, fragile et d'une cassure brillante. Si on ne lui a pas ajouté d'eau, la couleur de la cassure est brun-rougeâtre ; si elle a été mélangée d'eau, ou si elle a été récoltée à l'ombre, la cassure est noire et très-lustrée ; est-elle conservée dans des boîtes de métal ou dans des peaux, elle devient noire et perd son brillant.

Elle blanchit immédiatement par le contact de la langue, mais cette propriété manque à la scammonée qu'on a mélangée d'eau sans l'exposer au soleil.

Un des meilleurs caractères de la scammonée pure est la couleur rougeâtre et la demi-transparence des fragments. On peut, il est vrai, rencontrer de la scammonée noire, mais c'est rare, et l'on ne doit pas la considérer comme pure.

La meilleure scammonée après celle des Grecs est celle que les Turcs récoltent ; elle est noirâtre, plus pesante et d'une cassure moins facile. Cela tient à la présence de petits morceaux de racines que l'on a enlevés en grattant la résine sèche qui adhérait à ces racines. Les Turcs généralement peu actifs, sachant qu'après avoir été travaillées, les racines contiennent encore de la scammonée, les arrachent et les soumettent à un nouveau traitement plutôt que d'en chercher de nouvelles.

Ils les écrasent avec des pierres et les font bouillir. Ils en séparent par décantation les plus gros débris, et jettent le reste sur la scammonée obtenue par écoulement du suc et mélangent le tout. C'est ce qui cause la grande quantité de fibres végétales que l'on rencontre dans certains échantillons.

La plupart des paysans falsifient la scammonée avant de la vendre. Après l'avoir mélangée d'eau, ils y ajoutent une certaine quantité d'une terre crayeuse blanche qu'ils tamisent préalablement. Chacun en met à sa fantaisie ; on en trouve depuis 10 jusqu'à 150 pour 100. Lorsque la quantité de terre n'excède pas 20 pour 100, la scammonée molle ne change pas d'aspect ; mais lorsqu'elle est sèche, il est facile à ceux qui connaissent la scammonée de reconnaître la fraude.

Les Turcs vendent leur scammonée dans les différentes villes de l'intérieur de l'Anatolie. Ils ne peuvent, en raison de leur pauvreté, se servir de vases de cuivre comme les Grecs ; ils emploient des courges creuses, des peaux et des vases de terre.

Ce sont les juifs et les Grecs qui achètent cette scammonée, et comme ils en connaissent peu les différentes qualités, ils les réunissent indistinctement dans des sacs de coton. Les sacs sont placés dans des caisses et transportés à Smyrne pour être vendus.

La scammonée y reste souvent longtemps en magasin et moisit en partie. Lorsqu'on la livre, on la sèche, mais elle devient alors trop dure pour être moulée en gâteaux plats comme la scammonée pure des Grecs, et l'on se contente de la livrer en morceaux irréguliers. Celle qui est restée longtemps à l'humidité fermente, devient poreuse, et perd son brillant. Cet article est celui que l'on vend à Londres comme scammonée en larmes (*lacryma scammony*), et quoiqu'on en puisse tirer d'excellents morceaux, elle est en masse tout à fait inférieure à celle des Grecs. C'est à peine si les meilleurs échantillons contiennent 60 pour 100 de résine.

On vend aussi à Londres une quantité considérable de scammonée en morceaux irréguliers d'une qualité inférieure, et cependant souvent plus légère que la scammonée pure. C'est dans l'intérieur du pays qu'on la prépare, en y ajoutant de l'amidon qui la rend légère mais tenace. Outre de l'amidon, on y introduit généralement de la cendre, de la terre, de la gomme arabique ou adragante, quelquefois de la cire, du jaune d'œuf et des racines de scammonée pulvérisées.

Ces mélanges varient au point qu'il est à peu près impossible de trouver deux échantillons de même nature. On met dans des boîtes ces produits falsifiés, et l'on verse à leur surface de la scammonée pure en consistance de miel pour cacher la fraude.

On prépare, à Angora, une sorte de scammonée que l'on vend à Constantinople ; elle contient 30 à 40 pour 100 de scammonée pure et 60 à 70 d'amidon. On l'appelle *skilip*, qui veut dire substance falsifiée. On emploie beaucoup cette qualité en Autriche, où l'on recherche les drogues à bon marché, sans s'inquiéter beaucoup de leur efficacité.

Il est encore deux sortes de scammonée que l'on emploie beaucoup en Angleterre et en Écosse.

La première s'appelle *first quality prepared* (première qualité préparée), et s'ex-

pédie dans des caisses, en pains ou gâteaux épais et unis. C'est par les juifs et à Smyrne seulement que cette sorte se prépare, et voici comment : On prend une certaine quantité de scammonée inférieure contenant de la terre, du bois, de la gomme, comme celle que l'on prépare dans l'intérieur du pays, et on la mélange avec environ 40 pour 100 de skilip. Les substances pulvérisées sont délayées dans de l'eau chaude et chauffées au bain-marie, jusqu'à ce que le tout soit intimement mêlé, ce qui demande généralement une demi-heure. On jette la substance sur une peau de mouton et on la malaxe jusqu'à ce qu'elle soit froide. On la moule alors en gâteaux plats ou ovales, ou en pains arrondis à leur extrémité. On les trempe dans une solution de scammonée pure qui leur donne du poli, et on les sèche. Elle contient environ 50 pour 100 de résine pure.

L'autre sorte, que l'on appelle seconde qualité préparée, se fait de la même manière, mais avec 60 pour 100 de skilip, 30 pour 100 de scammonée des environs de Smyrne et 10 pour 100 de gomme ou de terre. Elle contient environ 30 pour 100 de résine.

La difficulté de se procurer de la scammonée pure a engagé M. Maltass à extraire la résine pure des qualités inférieures. Il épuise par de l'alcool la scammonée et mélange la solution alcoolique avec de l'eau. La résine se précipite; on la lave et on la fait sécher au soleil ou à un feu doux (1).

Il se vend tous les ans, à Smyrne, environ 3,000 kilogrammes de scammonée, dont à peu près 300 kilogrammes de pure. Le reste est de qualité variable et contient depuis 60 grammes jusqu'à 950 grammes de résine pour 1,000 grammes. Si toute la récolte se faisait sans que rien fût falsifié, il est probable que la vente ne dépasserait pas 1,500 kilogrammes.

N. B. — D'après les informations que M. Maltass a transmises à M. D. Hanbury, il paraîtrait que le *convolvulus scammonia* de Linné fournirait seul la scammonée de Smyrne. (*Répertoire de pharmacie.*)

Pharmacie.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DES PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD; par M. MAHIEU, pharmacien à Mons. — Le procédé que l'on emploie le plus ordinairement en pharmacie pour la préparation des pilules de Blaud, est celui qui consiste à triturer ensemble, dans un mortier, le sulfate ferreux et le carbonate potassique, puis à ajouter de la gomme et de la poudre de guimauve en quantité suffisante pour former une masse. Ce procédé s'exécute parfaitement bien, mais les pilules préparées par cette méthode changent de constitution au bout de fort peu de temps. L'oxyde ferreux qui résulte du contact des deux sels absorbe rapidement l'oxygène de l'air et passe en partie à l'état d'oxyde ferrique avant même que l'opération ne soit tout à fait terminée. Quelques praticiens préparent encore les pilules de Blaud en ajoutant du miel aux deux sels triturés dans un mortier, desséchant la masse au four, puis la pilant de nouveau avec encore une certaine quantité de miel. Ils obtiennent ainsi une masse noire qui doit contenir aussi, sans aucun doute, beaucoup d'acide ferrique. Le procédé suivant, que j'emploie depuis longtemps, m'a toujours parfaitement réussi, l'oxyde ferreux formé se trouvant au sein d'une matière gommososucrée est assez bien préservé de l'action de l'oxygène de l'air, et l'application d'une chaleur modérée évite aussi sa transformation en oxyde noir, ce qui arrive toujours lorsque cet oxyde ferreux est exposé à une température de 100 degrés pendant quelque temps.

Je prends :

Sulfate ferreux récemment préparé et pulvérisé,		
Bi-carbonate de potasse en poudre fine,	āā	30 gram.
Sucre blanc pulvérisé,		
Gomme arabique pulv.,	āā	8 —
Eau,		16 —

Je mets l'eau dans une capsule en porcelaine et j'y fais fondre à froid le sucre et la gomme; j'y mélange ensuite le carbonate potassique, puis je chauffe légèrement pour rendre ce mélange plus liquide et afin de dégager les bulles d'air introduites par l'agitation. Alors je retire la capsule de dessus le feu et j'y mêle par petites portions tout le sulfate ferreux, en ayant soin d'attendre que l'effervescence produite par l'addition d'une partie de ce sel soit apaisée, avant d'en ajouter une nouvelle quantité. Lorsque l'action chimique est presque achevée, je porte la capsule sur un bain-marie chauffé à un degré moindre que l'ébullition de l'eau et la masse ne tarde pas à se liquéfier. Je l'évapore alors en la remuant presque continuellement avec une spatule de fer, jus-

(1) M. Thorel a également insisté sur cette nécessité de purifier la scammonée du commerce et de n'employer que la résine.

qu'à ce qu'un peu de pâte, étant roulée en pilule, celle-ci ne se déforme pas en se refroidissant. Afin de perdre le moins possible de la masse, il faut avoir soin de rabattre souvent la partie qui s'attache aux parois internes de la capsule. J'obtiens par ce procédé une masse pilulaire bien homogène, d'un gris verdâtre, que je divise en pilules de 30 centigrammes chacune et que je roule dans du sucre blanc pulvérisé. Je les mets ensuite sur un tamis de crin auquel j'imprime un mouvement de rotation pour leur enlever la plus grande partie du sucre qui y adhère ; je les expose alors dans un lieu chaud pendant quelques heures et je les conserve dans de la poudre d'amidon à l'abri de l'humidité.

Quelques-unes de ces pilules ayant été dissoutes dans un peu d'eau privée d'air par l'ébullition, et le précipité d'oxyde ferreux ayant été lavé, puis dissous dans le chloride hydrique étendu, la dissolution n'a donné lieu à aucune précipitation de soufre par l'addition du sulfide hydrique, ni de tannate de fer par l'infusé de noix de galle. Le cyano-ferrate potassique ou cyanure rouge, au contraire, y a fait naître un précipité bleu, caractère qui distingue parfaitement les sels à base d'oxyde ferreux. A la vérité, le sulfocyanure potassique y a décelé la présence de l'oxyde ferrique, mais cet oxyde, comparativement à la quantité de solution employée, était en si petite proportion que, séparé par le carbonate barytique, la solution, traitée de nouveau par la potasse, a donné lieu à un abondant précipité d'oxyde ferreux bien caractérisé.

Quelques remarques sur le kermès minéral ; par M. C. CRAVAU, pharmacien à Mettet (Namur).

Je pense qu'il n'est pas un médicament qui doit varier plus dans ses effets que le kermès minéral. En effet, dans le commerce de la droguerie, il est très-souvent falsifié. Par deux fois j'en ai vu qui n'était qu'un simple mélange de carbonate de fer, de soufre et d'antimoine. Ensuite on le prépare, tantôt par la voie sèche, tantôt par la voie humide : deux procédés qui donnent autant de produits différents.

Le kermès que l'on obtient par la voie sèche, contient très-souvent de l'antimoine métallique, et peut, selon les circonstances, telles que la quantité d'eau employée, renfermer des quantités très-différentes d'oxyde antimonique, et doit devenir par là un remède très-incertain.

Celui que l'on obtient par l'ébullition du carbonate de potasse ou de soude concentré avec du sulfure antimonique, jusqu'à saturation parfaite, se trouve aussi mélangé avec une assez grande quantité d'oxyde antimonique.

La cause de ce mélange consiste en ce que l'oxyde antimonique est soluble dans une solution étendue d'un carbonate alcalin ; mais si on le dissout à l'aide de l'ébullition dans une solution plus concentrée, il se précipite en grande partie par le refroidissement.

Le kermès que l'on obtient en faisant bouillir du sulfure antimonique avec une solution étendue de carbonate sodique ou potassique, qui renferme plus d'alcali qu'il n'est nécessaire pour saturer le sulfure antimonique, produit un kermès qui ne contient aucune trace d'oxyde antimonique et a pour formule :

$$Sb^2S^3\ (NaS, Sb^2S^3).$$

Comme on le voit, les kermès du commerce préparés par les divers procédés connus, ont des compositions bien différentes.

Il serait donc bien à désirer que tous les pharmaciens préparassent ce médicament eux-mêmes et qu'on n'adoptât qu'un seul procédé.

Préparations pharmaceutiques de l'essence d'écorces d'orange ; par M. le Dr HANNON.

On prépare l'huile essentielle d'écorces d'orange en soumettant à la presse la partie colorée de l'écorce d'orange. On l'obtient encore en distillant cette écorce avec l'eau, mais l'essence a alors une odeur moins suave.

Éléosaccharum d'essence d'écorces d'orange.

Sucre pulvérisé, quatre grammes.
Essence d'orange, un gram. 65 centig.
Mêlez exact. div. en poudres, nº XVI.

Deux poudres par jour, de deux en deux heures, dans la matinée.

Tablettes d'essence d'écorces d'orange.

Sucre pulvérisé, deux grammes.
Essence d'orange, un gram. 65 centig.
Mucilage, q. s.
P. f. s. a. tablettes nº XX.

Trois tablettes par jour, de deux en deux heures, dans la matinée.

Pilules.

Conserve de cynorrhodon, un gram.
Gomme arabique pulvérisée, q. s.
Essence d'écorces d'orange, 65 centig.
M. f. s. a. pil. nº X.

Trois pilules par jour, une d'heure en heure, dans la matinée.

L'essence d'écorces d'orange peut enfin se prescrire en potion, mais il faudra l'incorporer en prenant l'alcool pour intermédiaire.

♃ Essence d'écorces d'orange, goutt. X.
Alcool à 40°, q. s. pour dissoudre l'essence. Ajoutez :
Sirop d'écorces d'orange. ℥j.
Infusion de feuilles d'oranger, ℥ij.
M

Une cuillerée d'heure en heure, pendant la matinée.

(*La Presse médicale belge.*)

Observations sur le citrate de magnésie; par M. DESCHAMPS. — M. Loychelin-Caillet, dans une note qu'il a insérée dans le *Répertoire de pharmacie*, cherche à prouver que l'espèce de discrédit dont le citrate de magnésie semble frappé doit être attribué à ce qu'il est généralement mal préparé. Son accusation contre tous les pharmaciens est appuyée, dit-il, sur de nombreuses expériences.

Si M. Loychelin n'attaquait dans sa note que les formules qui ont été publiées, nous nous serions contenté de reproduire sa formule et de laisser à chacun la liberté de chercher en quoi elle diffère de celle de M. Rogé; mais comme il soulève, en même temps, une question extrêmement importante au point de vue de la thérapeutique, nous croyons qu'il est de notre devoir de prier nos lecteurs de nous permettre d'exposer textuellement la partie la plus essentielle de cette note, afin de n'en point altérer le sens, puis de discuter la formule qu'il propose.

Cette étude nous paraît nécessaire, indispensable, parce que les faits qui sont avancés par M. Loychelin sont assez difficiles à comprendre. S'ils étaient vrais, il faudrait repousser toutes les modifications, tous les changements que l'on propose aux formules publiées; il faudrait aussi modifier la manière dont nous envisageons la constitution moléculaire des corps, et admettre que les composés chimiques solubles peuvent avoir, comme les composés insolubles, des propriétés physiques et chimiques et une composition différentes, suivant qu'ils sont préparés, en versant, par exemple, la base dans l'acide ou l'acide dans la base, etc.

« Depuis six ans, dit M. Loychelin, M. Rogé-Delabarre nous a fait connaître sa découverte et nous a donné ses formules. Chacun s'est mis à la besogne; de là cette quantité innombrable de formules qui toutes tendaient bien plus à confectionner extemporairement et commodément ce produit qu'à lui conserver ses propriétés purgatives. Qu'en est-il résulté? C'est que la question a rétrogradé; c'est que les limonades purgatives à base de citrate de magnésie (procédé Rogé) purgeaient; c'est que toutes celles que j'ai préparées ainsi purgeaient; tandis que les diverses solutions faites d'une tout autre manière ne purgeaient pas ou le faisaient d'une manière incomplète. Voilà la question. Je défie qui que ce soit de nier cette vérité, car toutes les fois que j'ai livré à des clients de la limonade faite par simple solution, ils se sont vus dans la nécessité de prendre un autre purgatif. »

Si le magnésium avait plusieurs états allotropiques, s'il pouvait conserver ces états dans ses combinaisons solubles avec les acides, on pourrait admettre que le magnésium qui se trouve dans la magnésie calcinée et dans la magnésie anglaise est à un état allotropique différent de celui qui se trouve dans le carbonate nouvellement préparé; qu'il est moins purgatif, et que c'est à l'emploi du carbonate nouvellement préparé que la limonade de M. Loychelin doit sa plus grande activité; mais, comme M. Loychelin n'emploie en réalité qu'une petite quantité de carbonate nouvellement précipité, et comme il est difficile de supposer que ce carbonate, qui est finalement transformé en citrate ordinaire, puisse exalter les propriétés purgatives du citrate de magnésie, nous devons chercher ailleurs la cause de l'efficacité de sa limonade.

Nous savons que le citrate de magnésie est moins actif que le sulfate, et qu'il est nécessaire, pour obtenir une purgation convenable, de doser ce purgatif de manière qu'il contienne 1 gramme 80 centigrammes de magnésie de plus que le sulfate que l'on administrerait si l'on employait ce sel. Nous savons aussi que les pharmaciens préparent ordinairement ces limonades avec 16 grammes de carbonate de magnésie, qui renferment 7 grammes 16 centigrammes de magnésie, près de 7,20, que contiennent 40 grammes de sulfate, et quelquefois avec 20 grammes de carbonate de magnésie, qui renferment 8 grammes 95 centigrammes de magnésie, près de 9 grammes, que contiennent 50 grammes de sulfate.

Ceci posé, transcrivons la formule de M. Loychelin.

Pr. Acide citrique, **2,950 gram.**
Faites dissoudre à froid dans :
Eau de pluie, Q. S.

Ajoutez :

Magnésie calcinée.	495 gram.

Opérez la dissolution à froid, et ajoutez :

Sirop simple,	4 kilog.
Alcoolat de zestes de citron,	60 gram.

Filtrez et ajoutez de l'eau de pluie filtrée pour obtenir douze litres de liquide parfaitement limpide. Mettez un double décilitre de cette solution dans chaque bouteille, puis :

Pr. Sulfate de magnésie,	1,060 gram.	
Carbonate de soude,	1,200	—

Faites dissoudre séparément ces deux sels dans une suffisante quantité d'eau; filtrez les solutions; réunissez-les dans une capsule de porcelaine; portez le tout à l'ébullition; lavez le précipité magnésien à grande eau, et mettez-le dans le réservoir d'une machine à eau gazeuse; ajoutez 30 litres d'eau et chargez d'acide carbonique à dix atmosphères; laissez en contact pendant trente-six heures, en remuant de temps en temps l'agitateur, pour opérer la dissolution de la magnésie, et remplissez vos bouteilles avec cette eau magnésienne. Cette formule est pour 60 bouteilles.

Cherchons actuellement la composition d'une bouteille de limonade, afin de la comparer avec une limonade ordinaire. Les calculs sont faciles à faire; ils donnent les nombres suivants :

Acide citrique,	49 gram.	16 cent.
Magnésie calcinée,	8 —	25 —
Sirop,	66 —	66 —
Plus :		
Magnésie pour être transf. en bi-carbonate,	3.	—

C'est donc en réalité avec 49 grammes 16 centigrammes d'acide citrique, et 11 grammes 25 centigrammes de magnésie, que M. Loychelin prépare sa limonade; ou bien, chaque bouteille de cette limonade est composée avec la magnésie qui est contenue dans 62 grammes 50 centigrammes de sulfate de magnésie.

Cette discussion très-simple nous permet d'affirmer qu'il n'est pas nécessaire, pour expliquer l'action de la limonade de M. Loychelin, de poser en principe qu'un sel purgatif soluble a des propriétés plus ou moins actives, suivant qu'il a été préparé par tel ou tel procédé, puisqu'elle renferme la magnésie qui est contenue dans 62 grammes 50 centigrammes de sulfate, tandis que les limonades des pharmaciens qui se conforment aux prescriptions ne contiennent que la magnésie de 40 ou 50 grammes de sulfate; et que la question soulevée par M. Loychelin, qui paraissait très-importante au point de vue de la thérapeutique, devient simplement une question de quantité.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Considérations pharmacologiques sur le chloroforme; par M. BRÉMON, pharmacien de la marine à Cherbourg.—L'étude si attentive qui se poursuit sur les propriétés diverses du chloroforme me fait un devoir d'appeler l'attention des médecins sur un côté trop négligé de la question. En effet, déjà l'industrie mercantile tend à dénaturer, par ses sophistications, cet agent si justement en vogue, ou bien elle ne le purifie qu'imparfaitement pour le vendre au rabais.

Qu'il me soit permis d'exposer d'abord brièvement les propriétés physiques du chloroforme, pour arriver ensuite à offrir quelques moyens faciles et pratiques d'en apprécier la valeur.

Lorsqu'il est parfaitement pur et rectifié avec soin, le chloroforme est très-limpide, fort mobile, presque comme l'éther hydratique; il réfracte puissamment la lumière, est très-volatil, et jouit d'une odeur spéciale analogue à l'*huile dite des Hollandais,* bien purifiée; comme elle, il jouit d'une saveur sucrée fort agréable, sans âcreté, et ne prenant nullement à la gorge, comme le font beaucoup de préparations chlorées. Quoique très-volatil, il ne produit cependant pas un sentiment de froid bien vif quand on le répand sur sa main; cette action est bien plus prononcée dans l'éther hydratique.

Il entre en ébullition à 45°; cependant je dois faire observer que le mouvement ne se manifeste, quand on le distille dans une cornue de verre, qu'au moment où le bain-marie atteint 60°; cela tient, sans aucun doute, à la faible conductibilité du verre.

Bien que tous les auteurs semblent préférer pour sa rectification le chlorure calcique, je crois devoir faire observer qu'il retient alors encore une petite quantité d'alcool déphlegmé, qui passe à la rectification, et prédomine surtout dans les derniers produits de la distillation. Aussi je préfère employer l'acide sulfurique concentré (privé d'acide azotique ou sulfureux par son ébullition de quelques minutes), à la dose d'environ un dixième du poids du chloroforme. Il est vrai que cet acide semble lui faire éprouver une certaine décomposition. Il se colore en brun; mais disons de suite que le produit distillé ne contracte aucune odeur, aucune saveur, qui indiquent une altération réelle d'un

agent dont la pureté doit être absolue, ainsi que nous le dirons plus tard.

Il faut donc alors qu'il y ait, avant la rectification, un corps organique autre que le chloroforme, qui se trouve atteint fortement par l'acide sulfurique, lequel le charbonne légèrement.

Ainsi rectifié, le chloroforme n'est nullement acide, et ne contient aucune trace d'acide sulfureux. Il est inutile d'ajouter, pour les préparateurs, que la distillation avec l'acide sulfurique s'opère au bain-marie, comme avec le chlorure calcique.

A cet état, le chloroforme acquiert une pesanteur spécifique de 1494,50 au moins, et marque 48° à l'aréomètre pour les acides. Je pense qu'il ne doit pas être considéré comme pur et privé d'alcool ou d'eau, s'il ne marque 47°,5 à la température moyenne de 15° centigr.

Ainsi obtenu, il n'est point inflammable, du moins à la lampe à alcool, ou par l'approche d'un corps brûlant avec flamme; mais, jeté sur un brasier, il s'enflamme de suite, brûle en répandant beaucoup de fumée, et donne une flamme d'un très-beau vert.

A 48° de densité, il n'est point décomposé par le potassium *brillant et récemment coupé;* ce métal se couvre seulement de quelques bulles, d'hydrogène probablement, tandis que si le chloroforme contient de l'alcool en notable proportion, il peut être altéré par la combustion du potassium, qui, en passant à l'état d'oxyde, le brunit et dégage une vapeur acide, fortement chlorée et très-piquante.

Je ferai même observer qu'il est prudent de ne pas écraser le potassium pour faciliter la réaction et hâter le résultat de l'essai, car il arrive fréquemment une inflammation subite, accompagnée d'une petite détonation qui projette le liquide hors du verre, et peut lancer une partie pareille de potassium dans l'œil de l'expérimentateur, ce qui causerait alors un effet fort grave, sinon très-dangereux.

J'ai remarqué qu'avec 5 pour 100 d'alcool à 40°, ou 96°,5 alcoométriques, la proportion des bulles n'est pas notablement augmentée; la réaction n'est pas bien sensiblement plus nette. A 10 pour 100, elle est beaucoup plus forte, et déjà assez remarquable; la coloration brune ou grisâtre se manifeste réellement, et cela au bout d'un certain temps.

A 12 pour 100, elle est assez vive, et si le mélange s'élève à 15 pour 100, alors la décomposition est rapide; il y a même inflammation, si la quantité de potassium est assez considérable relativement à celle du chloroforme en essai. C'est alors surtout qu'il y a à craindre de *laminer* le potassium dans le fond du verre avec une tige, et que se produisent la petite détonation et la projection.

Le chloroforme du commerce contient souvent cette proportion de 12 pour 100 d'alcool; c'est pour ce motif que j'insiste sur la précaution à prendre dans l'essai au potassium.

Avec des quantités élevées, et même avec 20 pour 100 d'alcool, le chloroforme ne s'enflamme pas encore à la bougie lorsqu'on y présente un papier qui en est encore imprégné. Il faut au moins qu'il contienne 1/4 de son poids d'alcool; alors il brûle avec une flamme verte, et la combustion ne continue même pas, si l'on retire le papier du contact de la flamme; il faut au moins 30 pour 100 d'alcool pour obtenir ce résultat.

L'essai par ce mode, auquel beaucoup de pharmaciens se bornent pour son admission, est donc sans aucune valeur.

Le chloroforme pur, à la densité de 1494,50 à 15°,6, comme je l'ai indiqué au début, présente une particularité assez remarquable. C'est qu'en effet, si on l'additionne de 1, 2, 3, 4 et même 5 pour 100 de son poids d'alcool à 40° ou 96°,5 centigr., cette addition le rend opalin, il se trouble; et si l'on vient à porter la dose à 10 pour 100, par exemple, il redevient parfaitement limpide et reprend sa transparence parfaite, qu'il conserve à toujours.

N'est-ce pas déjà un assez bon moyen d'essayer le chloroforme *destiné surtout à l'inhalation?*

Additionné de 5 pour 100 d'alcool, même jusqu'à 7 à 8 pour 100, et versé dans un verre d'eau limpide, il conserve la forme hémisphérique d'une manière assez marquée pour que l'on soit au moins dans le doute, et il ne devient pas assez opalescent pour que la conviction de son impureté soit bien formée.

Ces deux caractères ne sont donc que des indices de médiocre valeur, et ne suffisent pas pour motiver un rejet définitif.

Le *bichromate potassique* offre sans contredit un assez bon moyen de reconnaître la présence de l'alcool dans le chloroforme, mais pourtant il peut donner lieu à controverse entre deux opérateurs. Je crois donc devoir ici exposer avec détail mes propres observations, qui, dans deux circonstances, m'ont valu des insinuations peu bienveillantes de la part de deux fournisseurs de la capitale.

A la densité de 1494,50 ou 47°,5, le chloroforme mis en contact avec le bichromate potassique et l'acide sulfurique, prend une légère teinte jaune verdâtre. Déjà, à

5 pour 100 d'alcool en poids, la réaction est nette, il se forme une *zone vert bleuâtre* assez foncée, qu'un opérateur un peu expérimenté reconnaît de suite, mais il est assez difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier à cette réaction quelle peut être la proportion d'alcool d'une manière assez approximative, et cela surtout selon le mode par lequel l'essai a été fait.

Ainsi, si l'on prend une solution aqueuse assez concentrée de bichromate potassique, si l'on y ajoute quelques gouttes d'acide sulfurique seulement, cet acide, ainsi très-étendu, ne décompose qu'imparfaitement et lentement le bichromate (et il est essentiel que l'acide chromique soit mis en liberté pour que la décomposition ait lieu); alors la réaction peut ne pas se produire, ou du moins se faire attendre jusqu'au lendemain. Voici comment j'opère, et l'action est alors presque instantanée.

Je prends environ un milligramme de bichromate en poudre, ou simplement un petit cristal, que je mets dans un tube en verre de 10 à 12 centimètres de long et de 1 1/2 de large au plus. Je verse 4 à 5 gouttes d'acide sulfurique concentré pur, j'agite et délaye avec une tige en verre; j'ajoute, quand la teinte rouge-rubis est apparue, 3 à 4 gouttes d'eau pour opérer la dissolution de l'acide chromique, puis je verse 3 à 4 centimètres de chloroforme, j'agite vivement environ une trentaine de secondes, et abandonne au repos; bientôt, la riche nuance verte de chlorure de chrome apparaît, si la proportion d'alcool est déjà de 5 pour 100, et se détache à une couche inférieure très-tranchée, tandis que la couche supérieure est à peine colorée en verdâtre très-léger.

Si le chloroforme est pur, la masse est à peine jaune verdâtre, et il n'y a pas séparation sous forme de zone isolée.

Si le chloroforme a été additionné d'éther, les réactions sont identiques; mais, hâtons-nous de dire que cette adultération moins grave, il est vrai, que celle à l'alcool, ne se pratique pas, qu'elle a même bien moins de chance d'être pratiquée, attendu que l'examen au densimètre en ferait de suite justice, comme je vais plus bas le démontrer pour l'alcool.

Le chloroforme peut encore *contenir de l'eau;* non qu'on l'ait ajoutée à dessein, car elle y est peu miscible directement; il n'en est pas de même dans la distillation. Outre que ce chloroforme aura une densité assez faible (j'en ai vu descendant au-dessous de 40° au lieu de 48), le potassium viendrait en faire justice de suite; il s'enflammerait, dans ce cas, avec une bien plus grande promptitude, et il resterait assez d'eau pour dissoudre l'alcali formé, ce qui fait alors que la coloration serait bien moindre qu'avec le mélange de l'alcool et que le trouble serait fort minime.

L'essai à *l'albumine* ne me semble pas concluant; car sa solution étendue, et filtrée, pour être aussi transparente que possible, ne se coagule que si la proportion de l'alcool est déjà assez considérable, ou bien si l'on emploie une forte dose de chloroforme par rapport à la quantité de solution albumineuse. Ce moyen m'a toujours paru peu sûr dans les circonstances ci-dessus, et l'albumine normale est déjà opaline, et laisse à désirer dans la réaction que produit avec elle le chloroforme pur, qui ne me semble pas être totalement sans action.

En résumé, tous ces moyens sont plus ou moins bons pour reconnaître la pureté du chloroforme; mais aucun ne peut permettre de fixer la proportion du mélange. Comme l'alcool est l'élément le plus à redouter, soit parce qu'on peut l'y avoir laissé en négligeant la rectification, soit que frauduleusement on ait pu l'ajouter, j'ai recherché un moyen facile d'en déterminer la quantité, et je crois être assez heureux pour offrir ici un mode prompt, économique et à la portée de tous; il est fondé sur l'examen au densimètre et à l'aréomètre dit pèse-acide.

Pour cela, j'ai opéré des mélanges en proportions variées et j'ai comparé les différences de densité; je ne crois pouvoir mieux faire que de les présenter sous forme de tableau, qui permettra de saisir de suite ces différences. Il est établi depuis 100 de pureté à 75, ou de 0 alcool à 25 pour 100 de liquide.

Densité réelle (1).	Degré correspondant au pèse-acide.	Proportion de l'alcool à 40° ou 96°,5 mélangé.	Quantité pondérable de l'alcool en centièmes.
1494,50	47°,60	0	0,00
1490,85	47°,38	1	0,50
1487,45	47°,16	2	1,00
1484,50	46°,94	3	1,50
1477,25	46°,47	5	2,50
1460,25	45°,40	10	5,00
1426,25	43°,00	20	10,00
1409,00	41°,82	25	12,50

(1) Dans l'établissement de ce tableau, je n'ai pas voulu recourir au chloroforme absolument pur et privé d'eau, mais bien au produit tel que le commerce doit le livrer et tel qu'on l'obtient après les diverses opérations que nécessite sa préparation; car sa densité atteint un chiffre plus élevé. Je ne suis pas arrivé à 1496, comme l'indiquent plusieurs auteurs; je crois que, pour obtenir ce chiffre, on a dû le ramener à une température inférieure à la température moyenne, que j'ai prise comme point de départ.

Observations. — La diminution dans la pesanteur spécifique par chaque centième d'alcool à 40° qui s'y trouve mélangé ou qui n'a pas été enlevé par la rectification, est donc sensiblement de 3,40; d'où il résulte que le chloroforme mêlé à 10 pour 100 d'alcool perd 34 au densimètre, à 20 pour 100 de mélange 68; aussi la densité étant déterminée à l'aréomètre à pesanteur spécifique, pour connaître le dosage du mélange, il faut diviser par 3,40 la différence trouvée.

Avec la proportion inscrite à la fin du tableau, la réaction du potassium est très-nette.

Le mélange de l'eau au chloroforme est bien plus difficile et ne saurait s'effectuer en proportion bien notable, sans qu'il y ait trouble de ce liquide, puis séparation en deux couches ; dans ce cas, il suffirait de prendre une goutte ou deux de la couche supérieure, de la mettre dans un verre et d'y jeter un petit fragment de potassium. A l'instant l'inflammation aurait lieu, sans cette odeur bien nette que donne le chloroforme et sans qu'il se produisît cette coloration brune, qui se manifeste avec le chloroforme alcoolisé.

Pour compléter cette note, je crois devoir indiquer, pour mes honorables confrères qui tiendraient à préparer eux-mêmes ce produit, les doses qui m'ont le mieux réussi pour sa préparation un peu en grand. Je n'insisterai pas sur les détails de température et de fractionnement des doses successives, attendu qu'ils leur seraient inutiles; les ouvrages spéciaux rappellent, du reste, les précautions à prendre, soit relativement à la capacité au moins quadruple de la totalité des mélanges que doit avoir l'appareil distillatoire, pour n'avoir pas à craindre de voir le mélange passer dans le récipient; l'attention à apporter à la conduite de la chaleur, soit en recommandant la recohobation des eaux-mères, à bien dire, du chloroforme.

Il est un point sur lequel je crois devoir insister, c'est de bien déterminer à l'avance le titre de l'hypochlorite calcique, afin de ramener à 9° chlorom. les doses à employer. Il est essentiel de le délayer avec le plus grand soin pour que la réaction soit complète et presque instantanée. Le délitage de la chaux doit être aussi fait avec soin, et l'on doit éviter, autant que possible, de mettre le dépôt de sable ou de matières étrangères qu'il contient, qui sont inutiles et qui peuvent même n'être pas sans influence sur la réaction, et, par leur accumulation, déterminer, dans le dernier mélange, des soubresauts et le passage subit du liquide générateur dans le réfrigérant et le récipient.

En fractionnant en 5 doses les quantités qui suivent, j'ai obtenu au moins 4 kil. 700 gram. de chloroforme à 48° environ.

Hypochlorite calcique à 90° chlorométriques.	100 kil.
Chaux vive blanche.	18
Alcool à 86°.	12
Carbonate sodique cristallisé	0,300
Acide sulfurique à 66°, préalablement porté à l'ébullition pendant quelques minutes. . .	1

Le chloroforme provenant de la réaction qui passe à la première distillation ne marque, après le traitement par le carbonate sodique, que 18° à 20° du pèse-acide.

Il faut le laver avec soin à deux ou trois reprises avec le double de son volume d'eau, le laisser bien déposer et le décanter ensuite au moyen d'un flacon à robinet, puis procéder à sa rectification au moyen de l'acide sulfurique, environ un dixième de son volume ci-dessus indiqué, ou, si l'on préfère, du chlorure calcique.

En opérant au bain-marie, il n'y a nullement à craindre qu'il ne passe la plus légère trace d'acide sulfurique.

Le chlorure de calcium ne retient pas toujours complétement l'alcool; il exige que l'on fasse une macération, jusqu'au lendemain, avant de procéder à la rectification ; il ne me semble présenter aucune garantie de plus pour la pureté du chloroforme, et il est moins économique et surtout moins facile à se procurer.

En insistant sur les moyens de constater la présence de l'alcool et de l'isoler complétement, j'ai eu surtout pour but d'appeler l'attention des chirurgiens sur les inconvénients du chloroforme alcoolique auquel il faut, à mon avis, attribuer l'anesthésie incomplète qu'ils ont pu parfois observer, et les accidents nerveux, qui non-seulement les gênent dans leurs opérations, mais peuvent parfois en compromettre le succès.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

III. BIBLIOGRAPHIE.

De la structure des ganglions lymphatiques (*Ueber den Bau der Lymphdrüsen*); par M. le docteur Oscar HEYFELDER.

La structure des ganglions lymphatiques est encore un des points les plus obscurs de l'anatomie. Pour Albinus, Hunter, Meckel, Hewson, MM. Goodsir, Engel, Lébert, ils sont constitués uni-



quement par des amas de vaisseaux lymphatiques capillaires, provenant de la division des troncs et se réunissant pour reconstituer de nouveaux troncs. Malpighi et Morgagni croyaient qu'ils étaient constitués par des *acini*, comme les autres glandes. Cruikshank prétend que l'injection y démontre des dilatations celluleuses offrant 50 fois le diamètre des vaisseaux qui s'y rendent. M. Noll croit que des cloisons fibreuses parties de la capsule externe constituent dans la glande un réseau, dont les mailles renferment des granules. Dans ces mailles se rendent et d'elles partent les vaisseaux afférents et efférents, de telle façon que leurs parois se continuent avec la charpente de la glande.

M. O. Heyfelder a approfondi cette question si difficile, et est arrivé à des résultats positifs et satisfaisants. Il examine successivement : 1° la charpente de ces organes ; 2° la distribution des vaisseaux lymphatiques ; 3° celle des vaisseaux sanguins.

Après avoir enlevé le tissu cellulaire condensé qui enveloppe les ganglions, on tombe sur une membrane dense, lisse, polie, constituée par des fibres de tissu cellulaire et par des fibres musculaires lisses, semblables à celles de la tunique musculeuse de l'intestin. Ces fibres musculaires forment à elles seules toute une couche chez la souris, le rat et le lapin. Chez la chauve-souris, le chien, le mouton, le bœuf, elles sont seulement éparses parmi les fibres de tissu cellulaire ; c'est chez l'homme qu'elles sont le moins abondantes et le plus disséminées.

De la face interne de cette enveloppe partent des cloisons offrant la même structure cellulo-musculeuse.

Les vaisseaux lymphatiques, après s'être divisés et avoir traversé la membrane d'enveloppe, ne gardent plus que leur tunique interne, fine, sans structure, et parsemée de noyaux allongés. Ces vaisseaux ont 0,016 à 0,02 ligne de diamètre ; ils se divisent, s'anastomosent et forment, par places, des dilatations ou varicosités de 0,068 à 0,076 de ligne de diamètre. Ces dilatations ont été observées sur des vaisseaux non injectés, ce qui écarte l'idée qu'elles pourraient être le produit de la préparation. Ces vaisseaux renferment des granules élémentaires et les corpuscules de la lymphe et du chyle.

Les vaisseaux sanguins forment des réseaux serrés sur les parois fibreuses ; ils accompagnent et entourent les vaisseaux lymphatiques.

Pour faire ces observations, il faut prendre des glandes fraîches et d'autres injectées. M. Noll recommande la gélatine colorée au moyen du carmin traité par l'ammoniaque. M. Heyfelder a trouvé que cette injection, trop fine, traversait les parois des vaisseaux ; il préfère la gélatine colorée par l'outremer. Pour observer l'enveloppe et les cloisons, il faut faire durcir les glandes dans l'alcool et les traiter ensuite par l'acide acétique. Celles des rongeurs, et surtout de la souris, sont les plus convenables pour faire ces observations.

Un dernier paragraphe est consacré à la physiologie du système lymphatique. Les capillaires renferment un liquide trouble, plein de corpuscules moléculaires. Dans les troncs, le liquide est clair, les corpuscules sont peu nombreux, et les globules le sont davantage. Après le passage à travers les ganglions, ceux-ci augmentent encore, et ils sont surtout abondants dans les ganglions eux-mêmes. Les capillaires lymphatiques renferment aussi des amas de noyaux libres, qui diminuent surtout après le passage à travers les ganglions. De ces faits, M. Oscar Heyfelder conclut que ceux-ci sont destinés au perfectionnement et à la formation des globules. Ceci s'accorde parfaitement avec l'existence des anastomoses et des dilatations des lymphatiques intra-glandulaires, qui ralentissent le cours de la lymphe.

On a objecté à l'existence de dilatations ou varicosités, que le liquide n'en serait plus expulsé, une fois entré. L'existence des fibres musculaires lisses répond à cette objection. L'auteur a prouvé expérimentalement la contractilité de la capsule dans les ganglions du lapin, par l'application de l'électricité.

On a souvent comparé les globules lymphatiques aux globules de la rate, et les corpuscules de la rate aux espaces celluleux des ganglions. M. Heyfelder trouve une analogie de plus dans l'existence des fibres musculaires lisses, qui existent aussi dans la capsule fibreuse de la rate. Il en conclut à l'analogie complète, au point de vue anatomique et physiologique, de la rate et des ganglions lymphatiques. Il y a là une vue qui mérite attention sur les fonctions d'un organe dont le rôle est resté jusqu'à présent très-obscur, malgré toutes les recherches dont il a été l'objet.

Dans ce travail, M. O. Heyfelder a fait preuve d'un grand talent d'observation ; il a découvert un fait important, l'existence des fibres musculaires dans les ganglions lymphatiques, soupçonnées seulement par Malpighi et Nuck. Ses idées sont exposées avec beaucoup de clarté et de simplicité.

Dr J. Crocq.

IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine de Paris.

Séance du 3 janvier.

M. Depaul donne lecture du rapport suivant :

Sur les convulsions des femmes enceintes; par M. Mascarel. — Messieurs, dans votre séance du 16 novembre 1852, vous avez reçu de M. Mascarel, chirurgien en chef de l'hôpital de Chatellerault, un mémoire sur les convulsions des femmes enceintes, et vous avez chargé une commission composée de M. Paul Dubois et de moi de vous en rendre compte. Je viens aujourd'hui m'acquitter de ce devoir, tout en m'excusant d'avoir été empêché par des circonstances indépendantes de ma volonté de répondre plus tôt à la légitime impatience de notre honorable confrère.

La maladie qui fait l'objet de son travail est une de celles qui ont été beaucoup étudiées depuis quelques années, et cependant des recherches aussi consciencieuses que celles qui en font la base méritent d'être accueillies avec intérêt et examinées avec soin. Pour mon compte, elles m'ont intéressé d'autant plus que j'y ai trouvé sur divers points importants la confirmation de quelques idées que j'ai cherché à mettre en relief dans une note que j'ai eu l'honneur de lire il y a quelques années devant la Compagnie.

Le mémoire de M. Mascarel est divisé en deux parties. La première comprend tout ce qui est relatif aux causes, aux formes variées de l'affection, à ses complications et à sa nature. La seconde s'occupe exclusivement des divers modes de traitement qui ont été conseillés. Je me propose de vous faire connaître les idées qui ont été suggérées à l'auteur par son expérience personnelle sur ces divers points, me réservant d'apprécier, chemin faisant, ce qu'elles ont de conforme à une bonne et saine pratique.

Les modifications profondes que la grossesse imprime à l'organisation de la femme lui paraissent une prédisposition très-grande aux phénomènes convulsifs de toutes sortes. Toutefois, avec la plupart des auteurs, il établit une première distinction et admet des convulsions partielles et des convulsions générales, réservant à ces dernières le nom d'éclampsie introduit dans la science par Sauvages et généralement adopté de nos jours. Tout en admettant que les premières peuvent se montrer sur divers points des deux systèmes musculaires, il pense qu'on les observe plus particulièrement sur le col utérin, et il trouve l'explication de cette préférence dans les pressions et les froissements divers auxquels est soumise cette partie de la matrice, surtout pendant l'acte de la parturition. Il termine le court chapitre qu'il consacre à cette forme particulière par une observation dont voici les traits principaux.

Une femme de 40 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, était parvenue à la fin d'une première grossesse, qui n'avait offert rien de particulier jusqu'au commencement du huitième mois. A partir de cette époque, on avait observé un peu d'œdème aux membres inférieurs et de la céphalalgie.

Le travail se déclara le 13 août 1851, à six heures du matin ; trois heures après, le col étant un peu dilaté (2 centimètres environ), le liquide amniotique s'écoula. A partir de ce moment, malgré les douleurs les plus fortes et les plus régulières, l'orifice utérin resta dans le même état, et lorsque, trente heures plus tard, on réclama les soins de M. Mascarel, ce dernier constata que les bords étaient durs, épais et tellement résistants que les tractions qu'il exerça sur eux avec les doigts restèrent impuissantes et ne purent les écarter. Ce fut alors que, pour faire cesser un état qui avait déjà compromis la santé de cette femme et dont la prolongation n'avait d'autre cause que la résistance exagérée de l'orifice, il se décida à recourir au débridement. Plusieurs incisions furent pratiquées ; elles produisirent une dilatation beaucoup plus grande, et bientôt le col devint complétement dilatable. La tête s'étant beaucoup engagée dans l'excavation, on fit une application de forceps. Un enfant très-volumineux fut extrait. Mais il était mort déjà depuis quelque temps, car depuis plus de vingt-quatre heures la mère n'avait plus senti ses mouvements, et l'auscultation pratiquée avant l'opération avait donné des résultats négatifs.

Je suis loin de nier l'existence des rétractions *véritablement spasmodiques* du col de la matrice, mais je ne trouve pas que notre confrère ait bien choisi son exemple

pour en donner une nouvelle preuve.

En effet, l'âge de la malade, qui avait 40 ans, ne permet-il pas de supposer avec plus de raison qu'il s'agissait ici d'une véritable induration qui existait déjà, même avant le début de la grossesse?

Les cas de cette nature dans les conditions analogues ne sont pas extrêmement rares. Il est bien entendu que je ne parle pas de ces altérations organiques qui, même à un degré très-avancé, n'empêchent pas toujours la fécondation, mais de certaines indurations comme fibreuses, qui n'ont rien de commun avec un état spasmodique, qui préexistent au travail de l'accouchement, et qui ne disparaissent pas sous l'influence d'une saignée générale et des narcotiques, comme cela est si commun dans les cas de rétraction purement spasmodique.

Je me borne à ces quelques observations, qui m'ont paru indispensables. M. Mascarel n'a consacré qu'un très-court chapitre aux convulsions partielles, et n'a voulu en parler pour ainsi dire qu'en passant. Le but essentiel de son mémoire, c'est l'histoire des convulsions générales.

Il commence par l'étude de l'anatomie pathologique. Les trois autopsies qu'il a faites, et dont il donne les détails, n'ajoutent rien à ce qui est généralement admis aujourd'hui. Les congestions séreuses ou sanguines, les épanchements de sang qu'on trouve quelquefois à la surface ou dans l'épaisseur des centres nerveux sont considérés non comme des causes de la maladie, mais comme ses conséquences. En cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs modernes.

Après avoir divisé les causes de l'éclampsie en prédisposantes et occasionnelles, il énumère presque toutes celles qui ont été admises par les divers auteurs, et chacun sait combien elles sont nombreuses et souvent contradictoires. Toutefois il regarde comme des prédispositions toutes spéciales la primiparité, les tempéraments sanguins et lymphatico-sanguins, l'infiltration des membres inférieurs; mais il ne considère pas l'albuminurie, et avec raison selon moi, comme une cause essentielle de la maladie.

Ainsi que j'ai eu l'occasion de le dire dans une autre circonstance, je suis loin de contester que l'albuminurie ne coïncide le plus habituellement avec l'éclampsie; mais il n'est pas exact de dire avec notre collègue M. Cazeaux qu'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclampsiques. Les cas qui prouvent que cette assertion n'est pas fondée sont maintenant assez nombreux pour qu'il faille les prendre en sérieuse considération. J'en ai déjà fait connaître un dans une autre occasion, observé par moi-même il y a environ quatre ans sur une dame de la rue Montmartre, et qui se termina par la mort après un très-grand nombre d'accès. Il me fut impossible de découvrir la moindre trace d'albumine dans l'urine extraite de la vessie à différentes époques et soumise à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Le dernier examen, fait quelques instants avant le décès, donna le même résultat. Il est bien entendu que cette malade n'était pas épileptique, car antérieurement à sa grossesse elle n'avait jamais été sujette à aucun phénomène convulsif. Je sais d'ailleurs que d'autres observateurs ont enregistré des faits analogues.

Le docteur Lever a cité un cas dans lequel l'albumine n'existait pas davantage, et où à l'autopsie on constata les traces d'une inflammation des méninges.

M. le professeur P. Dubois m'a dit avoir observé à l'hospice de la Maternité une femme qui devint éclampsique et chez laquelle, malgré les nombreux accès qui se succédèrent, l'urine ne présenta à aucune époque de la maladie la moindre trace d'albumine.

D'un autre côté, on trouve dans le mémoire de M. Mascarel deux nouvelles observations dans lesquelles le même résultat négatif a été très-positivement observé. La première se rapporte à une femme de la campagne, âgée de 29 ans, primipare, d'une forte constitution, et chez laquelle n'avait existé aucune espèce d'infiltration. Après quelques heures d'un travail qui n'avait été remarquable que par l'énergie des contractions, on vit apparaître une première attaque d'éclampsie. Quatre autres se succédèrent en peu de temps, sans que dans l'intervalle la malade reprît ses sens. La dilatation du col permettant d'intervenir, on fit une application du forceps, et on put extraire un enfant vivant. Peu de temps après la sortie du délivre une nouvelle attaque eut lieu, mais ce fut la dernière. Elle fut suivie d'une somnolence qui dura dix heures sans interruption, puis la connaissance revint petit à petit, et les suites de couches se passèrent très-naturellement. Notre confrère ne manque pas de dire que, désirant constater l'état des urines, il avait eu soin d'en retirer un demi-verre avec la sonde, et qu'il s'était assuré qu'elles ne contenaient pas d'albumine.

La seconde observation est relative à une femme de 22 ans, également primipare, mais qui, contrairement à la première, avait les membres œdématiés.

Le 5 avril 1852 elle venait de se lever, lorsque subitement elle perdit connaissance et tomba dans le foyer de la cheminée; le feu se communiqua promptement à ses vêtements, et sans les secours qui lui furent donnés par les personnes du voisinage, elle aurait infailliblement péri. Elle fut transportée dans son lit, où ne tardèrent pas à se déclarer de nouvelles attaques convulsives qui laissaient entre elles des intervalles de deux à trois heures, mais sans retour de la connaissance. Un chirurgien demandé à trois heures de l'après-midi pratiqua une saignée du bras. A huit heures du soir, nouvelle crise tellement violente, qu'on crut que la malade allait succomber. Deux heures plus tard, lorsque M. Mascarel fut appelé, un état comateux profond existait. De l'urine retirée à l'aide de la sonde ne *contenait pas trace d'albumine*. De nombreuses brûlures aux deuxième et troisième degrés existaient sur les jambes et les cuisses. La vulve elle-même était horriblement brûlée et convertie en eschare blanchâtre parcheminée. Une sixième attaque se déclara pendant l'examen. Peu d'instants après l'enfant fut expulsé d'abord inanimé; mais on fut assez heureux pour le rappeler à la vie à l'aide de soins convenables. Une septième attaque suivit de près sa naissance, mais ce fut la dernière. L'état comateux cessa six heures après, et dès ce moment la convalescence marcha rapidement sans nouveaux accidents.

Je n'ai pas cru devoir m'étendre plus longuement sur ces deux observations, qui renferment tous les détails désirables pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur la véritable nature des accidents observés. Il s'agissait bien d'attaques éclampsiques.

Si l'albuminurie des femmes enceintes était, comme on l'a prétendu, la cause essentielle de l'éclampsie, comment comprendre qu'on rencontre si fréquemment de l'albumine dans l'urine des femmes grosses, et qu'absolument et même relativement parlant les convulsions soient un accident fort rare? Sur 41 femmes qui étaient albuminuriques et qui ont été observées par le docteur Blot à l'hospice de la Maternité, 7 seulement furent atteintes d'éclampsie. Pour recueillir ces 41 observations, notre confrère fut obligé d'examiner l'urine de 205 femmes enceintes, prises indistinctement dans les salles de l'hôpital. Ainsi 7 éclampsiques sur 41 albuminuriques! Une proportion aussi minime permet-elle d'admettre sans discussion une relation évidente de cause à effet?

Une autre circonstance mérite aussi d'être prise en sérieuse considération. Si l'albuminurie avait l'influence qu'on lui prête, il serait tout naturel qu'on observât les convulsions chez les femmes dont l'urine renferme la plus grande proportion d'albumine; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau donné par M. Blot pour voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Plusieurs parmi celles dont l'urine offrait les proportions d'albumine les plus considérables n'ont rien éprouvé.

Et d'ailleurs, dans les cas d'éclampsie où on a constaté dans l'urine la présence de l'albumine, est-on bien sûr que celle-ci ait préexisté aux attaques? Ce point de la question ne me semble pas avoir été suffisamment étudié.

Jusqu'à ce jour, dans la plupart des observations, l'urine n'a été examinée qu'après le développement des phénomènes convulsifs. Or, sous le rapport étiologique, les faits ainsi recueillis laissent beaucoup à désirer. Les recherches de M. Blot sont presque les seules qui aient été entreprises dans cette direction, et, quoique nombreuses et d'ailleurs fort intéressantes, elles ne répondent pas encore complétement à la question. Pour mon compte, j'appelle très-sérieusement l'attention de mes confrères sur ce point, qu'il sera facile d'éclairer en se donnant la peine d'examiner fréquemment l'urine des femmes enceintes et des femmes en travail. Depuis que je me suis engagé dans cette voie d'expérimentation, j'ai recueilli deux observations qui prouvent que l'albumine peut très-bien n'apparaître qu'après le développement de l'éclampsie. Dans les deux cas, l'urine avait été examinée quelques jours avant le travail, et dès le début de cet acte physiologique, sans qu'aucune trace d'albumine pût y être décelée. Des convulsions à forme éclampsique parfaitement caractérisée survinrent, et dans le premier cas je trouvai de l'albumine après le deuxième accès, et après le quatrième dans le second.

Je suis loin de prétendre qu'il en soit toujours ainsi; je suis très-disposé à penser au contraire que, dans le plus grand nombre de cas, l'urine contient de l'albumine bien avant l'apparition des convulsions; mais je trouve dans ce nouvel ordre de faits un puissant argument contre l'opinion de ceux qui prétendent mettre l'éclampsie sous la dépendance *nécessaire* de l'albuminurie.

J'ai déjà prouvé que la première de ces maladies pouvait suivre toutes ses phases et même se terminer par la mort sans qu'il y eût trace d'albumine dans l'urine, et je

viens de faire voir que l'albumine peut ne se montrer qu'alors qu'un ou plusieurs accès ont déjà eu lieu. En faut-il davantage pour commander une sage réserve quand il s'agit de remonter à la cause première de l'éclampsie?

Une autre circonstance me frappe dans l'histoire de l'albuminurie des femmes enceintes; c'est la rapidité avec laquelle l'albumine disparaît lorsque l'accouchement est terminé. Peu d'heures suffisent habituellement pour amener ce résultat. Il n'est pas rare cependant de voir les convulsions n'apparaître que quelques heures et même quelques jours après la parturition.

Est-il probable que dans ces cas, en admettant qu'il y ait eu de l'albumine pendant la grossesse, on la voie exceptionnellement persister aussi longtemps? N'est-il pas raisonnable de supposer, au contraire, ou bien qu'elle n'a pas existé un seul instant, ou qu'elle ne s'est montrée qu'après avoir été précédée par un nombre variable d'accès?

A la rigueur, une autre supposition pourrait être faite encore. On pourrait penser qu'après avoir paru pendant une certaine période de la grossesse, elle aurait disparu peu d'instants après la déplétion de l'utérus, pour se montrer de nouveau à l'occasion de phénomènes convulsifs survenant tardivement.

Chacun comprendra combien il serait facile de s'égarer dans le champ des hypothèses Le temps seul pourra dissiper tous les doutes qui règnent encore à cet égard, mais à la condition de ne laisser échapper, à l'avenir, aucune des occasions qu'une observation attentive ne tardera pas à faire naître.

Quoi qu'il advienne, l'albuminurie est trop souvent observée pendant le cours de la grossesse, elle coïncide surtout trop fréquemment avec les convulsions puerpérales, pour qu'il ne faille pas rechercher à quel titre cette coïncidence existe. Car, si nous avons démontré que ces dernières peuvent apparaître alors qu'un examen attentif et complet ne fait rien constater dans l'urine, nous ne nous croyons pas autorisés à refuser toute espèce d'influence à l'albuminurie qui préexiste à l'éclampsie.

Mais si la science n'est pas encore fixée sur le rôle que ces deux états jouent l'un par rapport à l'autre, est-elle plus avancée quand il s'agit d'expliquer l'albuminurie des femmes enceintes? Je ne le crois pas. Je ne sais pas si la grossesse prédispose beaucoup, comme l'ont prétendu quelques auteurs, aux maladies des voies urinaires, mais je ne puis admettre qu'il faille chercher dans la néphrite l'explication ordinaire de l'albuminurie.

Le résultat des autopsies que j'ai faites est parfaitement conforme à celui qui a été obtenu par M. Blot. Nous n'avons pas rencontré les altérations qui sont regardées par tout le monde comme caractéristiques de la néphrite albumineuse. Ou bien les reins étaient parfaitement sains, ou ils étaient simplement congestionnés à des degrés divers. Ce n'est pas que je veuille contester la possibilité de la néphrite albumineuse chez la femme enceinte. Certes, l'état de grossesse n'est pas de nature à faire disparaître cette affection si elle avait débuté avant la fécondation, ou à s'opposer à son développement; je suis même très-disposé à lui accorder une certaine influence. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que, sans nier la possibilité de la néphrite albumineuse comme de toute autre maladie, je suis convaincu qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne l'a prétendu, et que ce n'est pas à elle qu'il faut demander l'explication de la plupart des albuminuries qu'on observe chez les femmes grosses. Le véritable point de départ me paraît être, en général, dans les modifications que la grossesse fait subir au sang de la femme.

Presque tous les auteurs qui dans ces derniers temps se sont occupés de l'analyse de ce liquide sont d'accord sur ce point, à savoir : que la quantité d'albumine est notablement diminuée. Je me contenterai de rappeler les recherches de Scanzoni, celles de MM. Becquerel et Rodier, et enfin celles de M. Regnaud, qui a donné le résultat de 25 analyses, lesquelles montrent que le chiffre de l'albumine est presque toujours au-dessous de la moyenne, et que cette diminution pouvait déjà être sensible à partir du troisième mois.

On me pardonnera d'avoir insisté de nouveau sur une question que j'ai déjà soulevée devant l'Académie en 1851, question qui a au moins un intérêt scientifique incontestable, et je me hâte de revenir au mémoire de M. Mascarel, dans lequel j'ai trouvé des observations qui me confirment de plus en plus dans les réserves que j'ai cru devoir faire.

Le chapitre consacré à la symptomatologie est fait avec soin. Suivant l'exemple de Mme Lachapelle, l'auteur divise les symptômes en trois groupes :

1° Ceux qui précèdent l'accès;
2° Ceux qui l'accompagnent;
3° Ceux qui le suivent.

Partout il a fait preuve d'une instruc-

tion solide et d'une expérience personnelle étendue. Je ferai cependant une seule observation. M. Mascarel semble croire qu'il est commun de voir l'éclampsie éclater brusquement et sans qu'aucun symptôme précurseur puisse en faire prévoir la prochaine invasion. Sans nier l'existence de ces cas, je les crois fort rares; je dirai même que, pour mon compte, toutes les fois que j'ai pu observer les malades avant le début de la maladie, j'ai toujours, plus ou moins longtemps avant l'apparition des accès, constaté quelques-uns des phénomènes qui ont été regardés par presque tous les auteurs comme précurseurs des convulsions éclampsiques. Je citerai comme ceux qui me semblent avoir la plus grande importance la céphalalgie occipitale ou frontale, des troubles variés de la vision, le malaise épigastrique, les vomissements. La réunion de plusieurs d'entre eux mérite surtout d'être prise en sérieuse considération. Une observation attentive peut et doit conduire à un traitement préventif qui aura souvent, j'en ai la conviction, un succès complet.

Tout ce qui se rapporte à la marche et à la terminaison de la maladie, à son diagnostic et à son pronostic est étudié avec détail. En disant qu'il est rare de ne voir qu'un seul accès se manifester, l'auteur est dans le vrai; mais cela peut arriver, et alors le retour à la santé est ce qu'on observe le plus communément. Il n'est pas impossible cependant qu'une première attaque soit mortelle. J'ai eu la douleur de perdre de cette manière, il y a quinze ans, la première femme qui s'était confiée à mes soins dans ma pratique particulière. En moins de trois minutes, et malgré tout ce que je pus faire, elle avait définitivement cessé de vivre.

Relativement au pronostic, notre confrère considère les convulsions comme un des accidents les plus graves qui peuvent compliquer la grossesse ou le travail de l'accouchement. La vie de la mère et celle de l'enfant sont sérieusement mises en question. Il est encore incontestable que cette gravité augmente avec la multiplicité, le rapprochement de l'intensité des accès, selon qu'il y a perte complète ou incomplète de la connaissance après chacun d'eux, que la santé du sujet est plus mauvaise et qu'on a plus tardé à faire intervenir un traitement convenable. Pour lui encore, et en cela il partage l'opinion commune, le danger est plus sérieux *quand le travail est si peu avancé, qu'on se trouve dans l'impossibilité de hâter la prompte terminaison de l'accouchement*. Il est encore généralement admis que la gravité est d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée. A ce sujet, je ne puis que répéter ce que je disais en 1854 à l'Académie dans le mémoire que j'eus l'honneur de lui lire :

« Pour mon compte, je serais presque tenté d'établir une proposition contraire, en admettant toutefois qu'un traitement énergique et convenable soit employé en temps opportun. Les chances de salut ne sont pas en effet, comme on l'a écrit presque partout, dans la prompte dilatation du col et dans la déplétion de l'utérus, résultat, qu'on est malgré soi porté à désirer, et pour lequel on se livre trop souvent à des manœuvres dangereuses, n'entraîne pas habituellement, comme on l'avait espéré, la cessation des phénomènes convulsifs. Loin de là, on les voit souvent se multiplier avec une énergie nouvelle, et les faits nombreux qu'il m'a été donné d'observer m'ont prouvé qu'ils avaient alors plus habituellement une terminaison fatale; de sorte qu'à mon avis l'éclampsie qui survient pendant le cours du travail, comme aussi celle qui n'apparaît qu'après la délivrance, constitue pour la mère un accident beaucoup plus sérieux que celle qui éclate pendant la grossesse, alors que la contractilité utérine n'a pas encore été mise en jeu. Cette proposition est d'ailleurs conforme à l'opinion d'un homme dont le nom fait justement autorité dans la science (je veux parler de Rhamsbotham). »

Puis j'ajoutais que l'observation qui avait été le point de départ de ma communication était entièrement favorable à cette manière de voir; et qu'il me serait facile d'en citer plusieurs autres qui, sous ce rapport, parlaient entièrement dans le même sens.

Depuis, le nombre de mes observations s'est accru, et m'a naturellement confirmé dans ma croyance.

Les relevés statistiques fournis par les auteurs, celui de Merriman et de plusieurs autres, ne laissent aucun doute sur les dangers qui entourent le produit de la conception pendant le cours de l'éclampsie. L'intensité et surtout la durée des accès sont beaucoup plus importantes à considérer sous ce rapport que leur fréquente répétition. Un seul, comme on l'a vu, peut être mortel. Il me semble cependant que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la vie du fœtus est d'autant plus facilement compromise que la grossesse est plus près de son terme. Cette opinion, qui paraîtra peut-être singulière quand on songe à la fragilité de l'embryon dans les premiers mois de la gestation, sera sans doute plus facilement acceptée si l'on admet avec moi

que la mort trouve son explication dans les troubles que les phénomènes convulsifs apportent dans la circulation maternelle et dans les modifications qu'ils impriment à la constitution du sang. Sous ce rapport, l'état de la femme peut être comparé à une véritable asphyxie; et la cessation de la vie dans le produit de la conception s'explique tout naturellement, parce que celui-ci ne reçoit plus pendant chaque accès la quantité de sang dont il a besoin, ou parce que ce sang ne possède plus les qualités nécessaires. Il est même probable que ces deux conditions sont habituellement combinées et conduisent plus sûrement au résultat fatal.

Les choses se passant comme je viens de le dire, ne comprend-on pas que moins l'organisation de l'œuf sera avancée plus celui-ci pourra résister à certains troubles passagers de la circulation utérine, et trouver encore dans un sang très-peu artérialisé des éléments suffisants pour le maintien de sa vie? Quant à moi, je n'entrevois dans cette explication aucune hérésie physiologique.

J'ai déjà dit que la seconde partie du mémoire de M. Mascarel était consacrée au traitement de l'éclampsie.

Depuis les moyens empiriques préconisés par les médicastres, dit notre confrère, depuis le crapaud desséché et appliqué entre les épaules, ou les clefs appelées de Saint-Pierre placées sur la nuque, comme cela se pratique encore dans certaines campagnes, jusqu'aux médications les plus rationnelles, il est peu d'agents thérapeutiques qui n'aient été opposés aux convulsions en général et à celles des femmes en couches en particulier. Ici, comme presque toujours, chacun s'est laissé dominer par l'idée qu'il s'était faite de la nature de cette terrible maladie. Pour ceux qui l'ont considérée comme une simple névrose, les antispasmodiques ont paru le moyen par excellence; ceux qui ont cru en trouver la cause dans le développement de l'utérus ont pensé qu'il n'y avait de chance de salut que dans la déplétion de cet organe.

D'autres ont fait intervenir un état saburral des premières voies, la présence de vers intestinaux, et beaucoup d'autres conditions pathologiques qu'il serait trop long d'énumérer.

Notre confrère se range sous la bannière des partisans des émissions sanguines à haute dose. Sa conviction à cet égard paraît fortement arrêtée et fondée surtout sur son expérience personnelle. Il s'appuie d'ailleurs sur l'opinion de quelques hommes haut placés dans la science. Il rappelle en particulier celle de Levret et de Burns, et emprunte à ce dernier la citation suivante: « La saignée a fait rarement du mal et peut faire beaucoup de bien, elle est peut-être le seul moyen de conserver la vie; et si cet ouvrage ne sert qu'à graver ce fait dans l'esprit d'un seul lecteur, je ne regretterai pas de l'avoir écrit. »

Quant à moi, il y a déjà longtemps que j'ai été conduit, par ce que j'ai observé dans ma pratique et dans celle de nos maîtres, à considérer les émissions sanguines comme le seul moyen sur lequel on puisse véritablement compter, et qui doit faire la base du traitement qu'on oppose aux convulsions. Je demande la permission de rappeler ce que je disais à ce sujet dans mon mémoire lu en 1851 devant l'Académie:

« C'est dans les émissions sanguines générales qu'il faut chercher la médication curative par excellence. Mais, pour être efficaces, les saignées doivent être abondantes et ordinairement répétées plusieurs fois dans l'espace de quelques heures. Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il faut les mesurer sur la constitution du sujet et sur l'effet qu'elles produisent. Si une seule a suffi dans certaines circonstances, il n'en est pas ainsi habituellement. J'ai eu plusieurs fois recours à quatre saignées dans l'espace de cinq heures, de manière à retirer plus de 2,000 grammes de sang, et je crois devoir à cette pratique des succès incontestables. La pâleur du visage, l'infiltration partielle ou générale, la constatation de l'albuminurie ne doivent pas faire renoncer à cette thérapeutique, que l'expérience m'a appris être la plus utile, même dans ces conditions. Les personnes qui n'ont pas eu de suffisantes occasions pour étudier ce qui se passe chez les femmes éclampsiques pourraient se laisser arrêter par la petitesse du pouls qui se rencontre si communément. Il faut savoir que cet état seul ne contre-indique pas les saignées. A peine la veine est-elle ouverte qu'on voit le pouls se relever, devenir large et plein, et ces phénomènes se reproduire après chaque émission sanguine. Le point capital, c'est de recourir de bonne heure à l'emploi de ce moyen. Pour qu'il soit utile, il ne faut pas attendre que les troubles profonds et généraux qui signalent les accès aient placé les organes indispensables à la vie dans des conditions où ils ne puissent plus reprendre l'exercice de leurs fonctions. »

Pour bien poser les bases du traitement qui lui paraît le plus convenable et qu'il a adopté dans sa pratique, M. Mascarel s'occupe d'abord des cas dans lesquels le

travail n'ayant pas commencé, le col de la matrice n'a encore subi aucun changement. Il veut qu'on débute toujours par de larges saignées. Il conseille même, dans les cas graves, d'ouvrir simultanément une veine à chaque bras. Il repousse l'artériotomie, parce qu'elle n'offre pas les avantages qu'on lui accordait autrefois et parce qu'elle n'est pas toujours exempte de dangers. Après les saignées générales, si la femme est forte et si la maladie date de quelques heures seulement, il fait placer des sangsues en grand nombre autour des malléoles; dans le cas contraire, il les établit en permanence, et deux par deux seulement.

Puis doivent venir les sinapismes promenés sur les membres ou appliqués entre les deux épaules. Il les préfère aux vésicatoires, qui ont été également préconisés. Je dirai à cet égard que, pour mon compte, je suis très-disposé à repousser d'une manière générale non-seulement les révulsifs précédents, mais encore presque tous ceux qui ont été vantés. Je comprends dans cette exclusion surtout ceux qui n'agissent qu'à la condition de produire une douleur plus ou moins vive, ou tout au moins une sensation pénible. J'ai remarqué bien souvent que tout ce qui est de nature à irriter ou à impressionner désagréablement les malades avait une influence marquée sur le retour des accès, et je suis convaincu que ce qu'il y a de mieux à faire une fois qu'on a rempli les indications fondamentales, c'est de les laisser dans le repos le plus absolu. Le toucher lui-même ne doit être pratiqué qu'avec beaucoup de réserve. J'ai vu des femmes qui ne pouvaient y être soumises sans qu'une nouvelle attaque se manifestât; je ne crois pas non plus, quoi qu'en dise notre confrère, qui invoque à ce sujet l'autorité du père de la médecine, que les bains soient un moyen à employer. Pendant l'accès, ce serait matériellement impossible; pendant la période de coma, outre les difficultés de l'exécution et la crainte de l'apparition d'une nouvelle attaque, il n'est pas bien sûr qu'on eût à se féliciter d'y avoir recours.

Mais je suis de son avis pour exclure les narcotiques et les vomitifs. Je passe sous silence une foule d'autres petits moyens qui se trouvent indiqués partout et dont les avantages sont au moins problématiques. Je dirai seulement un mot du chloroforme, que M. Mascarel réserve, ainsi que les antispasmodiques, pour les cas où les émissions sanguines sont tout à fait inapplicables. Les quelques essais qui ont été faits sous ce rapport ne me paraissent pas encourageants, et à mon sens le raisonnement ne conduit pas à l'emploi de cet agent.

Mais il est une autre question d'une grande importance, qui, sans avoir été négligée dans le travail dont je vous rends compte, n'a pas été peut-être suffisamment étudiée : je veux parler de l'opportunité de la provocation de l'accouchement ou même de l'avortement, selon l'époque de la grossesse où se manifeste l'éclampsie. Il y a quelques années à peine, le problème était résolu par presque tous les accoucheurs dans le sens de l'affirmative.

Aujourd'hui beaucoup se montrent plus réservés, et je suis de ce nombre. Les faits très-multipliés qui prouvent que les convulsions peuvent persister et même se terminer par la mort après la déplétion spontanée ou artificielle de l'utérus m'ont depuis longtemps convaincu que là n'était pas l'indication première et fondamentale. Que pourrait-on espérer, par exemple, de la provocation de l'avortement? Ne sait-on pas que, quelle que soit la méthode à laquelle on s'adresse, plusieurs heures, plusieurs jours même sont souvent nécessaires? L'éclampsie avec sa marche la plus habituelle permettrait-elle de compter sur un moyen dont l'action devrait être aussi tardive? Mais ce n'est pas tout. Ceux qui ont observé avec soin beaucoup de femmes éclampsiques ne savent-ils pas combien tout ce qui est de nature à irriter, et combien surtout les excitations qui s'adressent à l'utérus ont une influence fâcheuse sur la marche et le retour des accès convulsifs? Ce qu'il y a de mieux à faire sous ce rapport, c'est de s'en rapporter à la nature, qui sollicite souvent des contractions spontanées qui conduisent plus sûrement à l'expulsion du produit de la conception lorsqu'elle est inévitable. On ne s'expose pas de la sorte à compromettre volontairement certaines grossesses qui peuvent résister à l'orage, quand on a été assez heureux pour le conjurer par des émissions sanguines.

J'ai communiqué dans le temps à l'Académie une observation qui prouve qu'il peut en être ainsi. Elle est relative à une femme qui fut atteinte d'éclampsie à la fin du troisième mois de sa grossesse, et qui, malgré seize attaques bien caractérisées, arriva ensuite à son terme, et accoucha sans nouvel accident d'un enfant vivant. Ce fait, quant au résultat, est loin d'être unique dans la science; j'en ai moi-même recueilli plusieurs.

Dans la seconde condition que je suppose, on n'a pas même pour excuse l'intérêt de l'enfant, qui n'est pas viable. Mais en supposant que la grossesse ait atteint le

huitième ou le neuvième mois, cet intérêt tout puissant qu'il soit doit-il faire adopter une conduite différente? Je ne le pense pas davantage. A la provocation de l'accouchement sollicité à cette période de la gestation s'adressent tous les reproches dont j'ai parlé en discutant l'opportunité de l'avortement provoqué. Ici encore le résultat désiré ne peut être espéré que dans un avenir trop éloigné pour qu'il puisse être considéré comme un moyen de salut soit pour la mère, soit pour l'enfant. La marche de l'éclampsie est ordinairement trop rapide et trop aiguë. Il faut une médication plus prompte et plus sûre, et, je l'ai déjà dit, c'est dans les émissions sanguines qu'on peut espérer la trouver.

L'accouchement forcé, qui de prime abord semble exclure la plupart des inconvénients que je viens d'indiquer, ne me semble pas devoir être plus favorablement accueilli. Ce n'est pas une chose aussi simple qu'on pourrait se l'imaginer que de pénétrer violemment dans la cavité d'un utérus dont le col, encore long et résistant, est plus ou moins complétement fermé. C'est cependant ce qui a lieu le plus habituellement, puisque la plupart des éclampsiques sont primipares. Mais en admettant qu'après avoir fait ou non des incisions la main ait franchi l'obstacle, ceux qui ont exécuté de semblables opérations savent que de nouvelles difficultés peuvent se présenter pour l'extraction de l'enfant, qui ne trouve pas une voie suffisamment préparée, et dont la vie court les plus grands dangers, surtout si on l'engage par l'extrémité pelvienne. Du côté de la mère, les accidents à redouter ne sont pas moins sérieux. Qui pourra répondre, par exemple, qu'une déchirure de l'utérus ne sera pas la conséquence d'une semblable manœuvre? Je ne veux pas insister davantage; qu'il me suffise d'ajouter qu'ici encore, outre qu'on n'est pas sûr de se rendre maître des convulsions, on compromet certainement une grossesse qui, à l'aide d'une tout autre médication, aurait pu peut-être parvenir jusqu'à son terme. Dans le courant de l'hiver de 1836, j'ai assisté mon savant maître, M. P. Dubois, dans une opération de ce genre, qu'il pratiqua sur une dame de Montrouge. Après plusieurs incisions pratiquées sur le col, le forceps fut appliqué au-dessus du détroit supérieur. Un enfant mort fut extrait. Les convulsions, loin de s'arrêter, semblèrent prendre une nouvelle intensité, et la mère ne tarda pas à succomber. Il nous a souvent répété, dans ses leçons cliniques, qu'il n'avait pas été plus heureux dans d'autres cas analogues. Je puis ajouter que moi-même, dans deux circonstances, j'ai obtenu un résultat tout aussi déplorable, et que je me crois suffisamment éclairé sur ce point pour proscrire à tout jamais l'accouchement forcé dans la condition que j'ai supposée. Sans être rares, les circonstances précédemment indiquées ne sont cependant pas celles qu'on observe le plus communément; souvent, au contraire, les convulsions n'éclatent qu'alors que le travail s'est déclaré depuis un temps plus ou moins long, ou bien l'éclampsie, qui s'est manifestée la première, a eu pour conséquence de mettre en jeu la contractilité de la matrice, et dans les deux cas, lorsque le médecin est appelé, il constate que le col de l'utérus a subi des modifications variables, mais dont le degré doit être pour lui la source d'indications diverses.

Supposons d'abord que ce col soit complétement dilaté ou suffisamment dilatable, faudra-t-il de prime abord songer à terminer l'accouchement et se hâter d'intervenir par le forceps ou la version? Comme dans les cas précédents, c'est par des émissions sanguines qu'il convient de débuter. Seulement ici, l'extraction de l'enfant étant en général chose facile, on ne devra pas tarder à y recourir pour le soustraire, s'il est possible, aux dangers que lui font courir les phénomènes convulsifs de la mère. Peut-être celle-ci, de son côté, trouvera-t-elle quelques avantages dans la prompte déplétion de l'utérus et dans l'écoulement de sang qui en est habituellement la conséquence.

Mais si le col, quoique en partie dilaté, ne l'est pas encore suffisamment pour qu'on puisse agir par les moyens ordinaires, est-il utile, lorsqu'on a rempli les indications que je regarde comme fondamentales, de *brusquer* l'accouchement et de pénétrer dans l'utérus, soit avec la main, soit avec l'instrument, à travers l'orifice préalablement incisé? Je crois que le parti à prendre devra être dicté par l'état de l'enfant. Si l'auscultation permet de constater qu'il est encore vivant, l'espoir de lui conserver la vie légitimera complétement une semblable opération; si, au contraire, on acquiert la certitude qu'il a cessé de vivre, pourquoi se presser, s'il est vrai, comme je le pense, que l'intérêt bien entendu de la femme n'a pas grand'chose à gagner à une intervention aussi brusque et aussi violente?

Le traitement de l'éclampsie qui survient après l'accouchement ou qui, ayant commencé pendant la grossesse, dure encore après la déplétion de l'utérus, découle naturellement de tout ce qui précède. Si la saignée a été poussée sans succès jus-

qu'à ses dernières limites, on peut, ainsi que le propose notre confrère, insister sur les antispasmodiques et les révulsifs de toutes sortes. C'est encore sur elle qu'il faut fonder tout son espoir si les forces de la malade permettent d'y recourir encore.

Après avoir rendu justice aux autres parties du mémoire de M. Mascarel, M. Depaul propose les conclusions suivantes, qui sont adoptées à l'unanimité :

1° Le remercier de sa nouvelle et intéressante communication;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication ;

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places de correspondants.

M. Cazeaux. Je désire présenter quelques observations au sujet de quelques points sur lesquels je ne suis pas tout à fait d'accord avec M. le rapporteur. Je me bornerai à la question relative à l'albuminurie des femmes enceintes et à sa coïncidence avec l'éclampsie. M. Depaul m'a prêté à cet égard une opinion qui n'est pas tout à fait la mienne. J'ai dit et j'ai écrit dans le temps, en effet, que toutes les fois qu'on avait examiné l'urine des femmes éclampsiques on y avait trouvé de l'albumine. J'avais cru jusqu'alors que c'était une loi générale qui ne souffrait pas d'exception; mais depuis cette époque j'ai dû modifier un peu mon opinion, et je l'ai formulée dans ma dernière édition en disant que dans l'immense majorité des cas, et à de très-rares exceptions près, on trouve de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes éclampsiques, ce qui infirme à peine, comme on le voit, ma première proposition.

Parmi les observations que M. le rapporteur a réunies pour infirmer cette proposition, il faut établir une distinction. Il en est quelques-unes dans lesquelles le fait de l'absence d'albumine n'est pas douteux ; mais il en est d'autres à l'égard desquelles le doute est permis. Tous les médecins ne sont pas également familiarisés avec ce genre de recherches, et il est d'ailleurs une foule de causes d'erreur qui peuvent leur avoir donné le change. Ainsi l'absence d'albumine dans les cas cités par M. Depaul (je parle des faits qu'il a empruntés à divers auteurs et non des siens propres, que je ne mets pas en doute) est un fait qui aurait besoin d'être examiné de plus près. Par exemple, je vois que dans quelques-unes de ces observations on n'a pas toujours employé les deux modes de réactifs si connus, la chaleur et l'acide nitrique; on n'a pas pris surtout la précaution d'indiquer si les urines étaient acides ou alcalines; enfin, on n'a pas non plus tenu compte des précipités d'urates qui ont lieu quelquefois par l'action de l'acide nitrique, et qui peuvent en imposer à des personnes peu attentives pour un dépôt d'albumine.

On voit à combien de causes d'erreur sont sujettes ces sortes de recherches, et en supposant qu'on ait évité ces causes d'erreur, qu'est-ce que ce sera encore que sept à huit faits, si l'on tient compte que ces recherches sont faites aujourd'hui partout. La loi de coïncidence de l'albuminurie avec l'éclampsie n'en reste donc pas moins établie pour l'immense majorité des cas.

M. Depaul a été plus loin. Il a dit que l'albuminurie était un effet et nullement une cause. C'est une proposition qui est au moins exagérée. M. Depaul dit avoir constaté que sur 41 femmes albuminuriques 7 seulement avaient eu des attaques d'éclampsie, et il trouve que ce n'est pas beaucoup. Mais l'éclampsie est une affection rare, et on peut en évaluer la proportion à 1 cas sur 2 ou 300 accouchements peut-être. Or, si vous avez trouvé 7 cas de coïncidence d'albumine avec l'éclampsie dans une affection qui ne se montre qu'une fois sur 300 accouchements environ, on devra convenir que c'est encore beaucoup.

Mon opinion à cet égard trouve encore un appui dans un rapprochement avec l'affection convulsive épileptiforme que l'on observe quelquefois dans la maladie de Bright. On sait, d'un autre côté, que M. le professeur Paul Dubois a également rencontré l'albuminurie chez les enfants éclampsiques. Comment pourrait-on, après ces rapprochements, persister à dire que l'albuminurie a suivi l'éclampsie et qu'elle ne l'a pas précédée? qu'elle n'a par conséquent avec elle aucun lien étiologique?

M. Depaul rapporte deux cas dans lesquels l'albuminurie n'aurait été constatée qu'après l'éclampsie; il y a là de quoi m'étonner, mais cela ne prouverait pas que l'albuminurie succède à l'éclampsie, qu'elle n'en est que la conséquence, lorsque, surtout dans beaucoup d'autres cas, on l'a constatée avant. Ces faits sont évidemment deux faits exceptionnels qui ont quelque chose d'insolite et de surprenant, et auxquels je ne croirais pas s'ils ne m'étaient affirmés par M. Depaul.

Ainsi la coïncidence fréquente et habituelle de l'albuminurie avec l'éclampsie, le rapprochement de ce fait avec les accidents convulsifs des sujets atteints de maladie de Bright et avec l'albuminurie con-

statées chez les enfants en proie aux convulsions, sont à mes yeux des motifs suffisants pour me porter à croire qu'il y a entre l'albuminurie et l'éclampsie une relation étiologique.

Notre collègue dit : Cette albuminurie cesse après l'accouchement ; il n'en reste plus de trace, et cependant on voit dans quelques cas les phénomènes éclampsiques se manifester et continuer encore pendant plusieurs heures après l'accouchement ; par conséquent, ce n'est pas à l'albuminurie qu'il faut attribuer les convulsions. Il est vrai, très-vrai qu'en général on ne trouve plus d'albumine deux, trois, quatre, cinq jours, dix jours, quinze jours après l'accouchement chez les éclampsiques ; mais M. Depaul a-t-il vu souvent l'éclampsie persister dix, douze, quinze jours après l'accouchement ? C'est infiniment rare. Il en existe un exemple en ce moment à l'hôpital de la Charité ; mais c'est un fait exceptionnel. Ainsi l'argument que M. Depaul a cru pouvoir déduire de cette circonstance est en réalité sans valeur.

Pour démontrer qu'il n'y a aucune dépendance nécessaire entre les deux états dont il s'agit, M. Depaul invoque la rareté des affections des reins chez les femmes éclampsiques. J'ai été plus heureux que lui sous ce rapport ; car toutes les fois que j'ai soumis à l'examen de M. Rayer, le médecin le plus compétent assurément en cette matière, des reins provenant d'une femme morte par suite d'éclampsie sans qu'il ait été prévenu de cette origine, il m'a constamment répondu que ces reins étaient affectés, les uns au premier, les autres au deuxième, d'autres au troisième degré, et enfin une fois même au quatrième degré. Assurément je ne prétends pas que toutes les femmes éclampsiques soient atteintes de la maladie de Bright ; tout porte à croire même que, dans beaucoup de cas, les reins ne sont point affectés ; mais il y a loin de là à soutenir, comme le fait M. Depaul, que cette affection est tout exceptionnelle. En y réfléchissant d'ailleurs, on s'explique très-bien comment la compression des vaisseaux par l'utérus distendu et la gêne de la circulation abdominale qui en résulte peuvent amener une congestion rénale, qui peut aller jusqu'à l'hypertrophie avec coloration jaune et puis, plus tard, même jusqu'à la granulation. Je désirerais, plutôt que je ne le crois, qu'il n'y eût pas chez les femmes éclamptiques et albuminuriques d'affection organique des reins, mais je ne puis admettre avec M. Depaul que ce soit exceptionnel.

M. Depaul. Je constate avec plaisir que M. Cazeaux a modifié sa première opinion ; je l'ignorais, et les citations que j'ai faites étaient textuelles. Je suis, du reste, assez embarrassé pour saisir au milieu de tout ce qu'a dit M. Cazeaux sa véritable opinion et la portée de ses objections.

M. Cazeaux dit que sept, huit ou dix cas même dans lesquels on n'aurait point trouvé d'albumine ne prouveraient rien ! Mais combien y a-t-il de temps qu'on a fait ces recherches ? Quelques années seulement, et aux faits déjà connus, voici M. Mascarel qui vient en joindre de nouveaux. M. Cazeaux dit qu'il n'a pas une pleine confiance dans ces faits. Je réponds, pour ma part, de l'exactitude des faits de M. Mascarel, qui est très au courant de la science et qui sait très-bien toutes les précautions qu'il y a à prendre dans de semblables recherches.

Je n'ai pas dit, comme M. Cazeaux me le fait dire, que l'albuminurie est un effet et non la cause de l'éclampsie ; j'ai déclaré me tenir à cet égard dans le doute ; je n'ai rien affirmé ; il m'a semblé seulement que la relation de ces deux faits n'était pas prouvée. Il faut voir, il faut suivre encore ces recherches. Je n'ai point et ne peux point avoir encore d'opinion faite là-dessus.

M. Cazeaux, au sujet des rapports qui existent entre l'albuminurie et les altérations organiques des reins chez les femmes éclampsiques, dit que j'ai été trop exclusif en les repoussant. Je suis resté encore à cet égard sur la réserve ; mais lorsque M. Cazeaux affirme que ce rapport est très-fréquent, je ne crains pas de dire que c'est une erreur. Malgré l'opinion de M. Rayer, devant l'autorité de qui je m'incline, je n'hésite pas à dire que l'altération organique des reins est rare chez les femmes éclampsiques. J'ai pour m'autoriser à soutenir cette opinion les observations de M. Mascarel et les miennes. Il n'est pas d'ailleurs aussi aisé que semble le croire M. Cazeaux de distinguer les premier, deuxième et troisième degrés de l'altération des reins ; j'ai vu à cet égard des dissidences s'élever entre les hommes les plus compétents, et rien n'autorise à considérer, comme l'a fait M. Cazeaux, une simple congestion des reins comme l'un des degrés d'une altération spéciale des reins.

La discussion est close.

Séance du 10 janvier.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES DU COL DE LA VESSIE, etc. M. Guillon adresse une lettre par laquelle il se propose :

4° De revendiquer quelques réflexions pratiques sur le traitement des prétendues névralgies du col de la vessie et de l'inflammation de la prostate;

5° De prouver que l'urétroscope de M. le docteur Désormeaux n'est pas une invention nouvelle, et qu'il ressemble beaucoup au *speculum urétri* connu depuis 1833;

6° De demander un rapport attendu depuis dix ans sur un procédé pour la guérison radicale de l'hydrocèle, et sur un cas d'incision de valvule intra-vésicale (le premier de ce genre qu'on ait publié) produisant la rétention d'urine faussement attribuée à la paralysie de la vessie. (Commission nommée.)

Méthode d'irrigations nasales. — M. Maisonneuve présente une note sur une nouvelle méthode d'irrigations nasales et sur son application au traitement de l'ozène.

Tous les physiologistes, dit l'auteur, savent que dans l'acte de la déglutition le pharynx et le voile du palais combinent leur action de manière à clore l'ouverture de communication de l'arrière-gorge avec les fosses nasales et à empêcher le bol alimentaire de refluer par les narines; mais personne, que je sache, n'avait encore signalé la production de ce phénomène sous l'influence des liquides injectés par les fosses nasales et n'avait fait remarquer que les injections violemment poussées dans une narine ressortaient par l'autre sans pénétrer aucunement dans le gosier.

Or ce fait, sur lequel je viens appeler l'attention des chirurgiens, me paraît avoir une importance considérable dans la thérapeutique de plusieurs affections graves et principalement dans celle de l'ozène.

L'ozène, ou punaisie, est, comme chacun sait, une infirmité qui consiste dans une excessive puanteur des sécrétions nasales, et cette puanteur est elle-même le résultat du séjour prolongé des mucosités, du sang ou du pus, au fond des cavités anfractueuses, où elles sont soumises à la triple action de l'air, de la chaleur et de l'humidité.

A chaque expiration, l'air qui traverse ces cavités se charge d'émanations putrides et forme autour des malades une atmosphère infecte. De sorte que les malheureux atteints de cette affection dégoûtante deviennent un objet d'horreur pour tous ceux qui les entourent.

Jusqu'à présent l'art ne possédait contre cette affection que de bien faibles ressources. A part l'ozène syphilitique, contre lequel les préparations mercurielles et iodurées ont une action directe, toutes les autres variétés étaient généralement considérées comme à peu près incurables. On employait bien des cautérisations, des insufflations de poudres astringentes ou détersives; on recommandait aux malades d'aspirer des liquides émollients ou balsamiques; on faisait même quelques injections timides avec de petites seringues; mais tous ces moyens ne constituaient que des palliatifs insuffisants, et les malades affectés de punaisie n'en continuaient pas moins à exhaler une odeur repoussante.

Personne n'avait songé à conseiller les injections à grande eau, dans la persuasion où l'on était que le liquide devait nécessairement pénétrer dans la gorge.

Or, des expériences multipliées m'ont démontré d'une manière positive que cette persuasion était complétement erronée, et que des injections violemment poussées dans une narine au moyen d'une forte seringue ressortaient entièrement par la narine opposée.

Il résulte de ce fait que l'on peut avec la plus grande facilité laver à fond les fosses nasales et les débarrasser ainsi des croûtes, du mucus ou du pus qui par leur séjour produisaient la punaisie.

Rien n'est plus simple que cette opération : il suffit, pour l'exécuter, d'introduire dans une des narines la canule d'une forte seringue et de pousser énergiquement le piston. Il s'établit alors un courant qui sort à pleine narine de l'autre côté et entraîne avec lui toutes les matières étrangères contenues dans les cavités nasales. Ces injections n'ont rien de pénible, les malades eux-mêmes peuvent les exécuter facilement, surtout au moyen de l'irrigateur mécanique.

Sous l'influence de ce moyen, l'odeur repoussante de la punaisie disparaît instantanément, et bientôt même, les conditions morbides de la muqueuse se modifient d'une manière durable, on arrive à une guérison définitive.

Séance du 17 janvier.

Emploi thérapeutique du phosphate de chaux. — M Piorry, à l'occasion du dernier rapport de M. Bouchardat sur le mémoire de M. Mouriès, relatif à l'emploi du phosphate de chaux dans l'alimentation des enfants et des nourrices, réclame contre le silence que l'auteur et le rapporteur ont gardé à l'égard de ses recherches sur ce sujet, qui se trouvent consignées :

1° Dans plusieurs numéros de la *Gazette des Hôpitaux*;

2° Dans le *Traité de médecine pratique*, VIII, articles *Rachisomalaxie* et *Rachiophymie*;

3° Dans l'avant-propos de l'*Atlas de plessimétrie*;

4° Dans le mémoire qu'il a lu il y a plus d'un an à l'Académie des sciences relativement à la curation de plusieurs lésions du rachis dites mal de Pott au moyen du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, etc.

Dents et dentiers en pate minérale. — M. Malgaigne lit pour M. Oudet un rapport sur un mémoire de M. Didier intitulé : *Des dents et dentiers en pâte minérale*. M. le rapporteur propose de déclarer qu'il y a un progrès réel apporté par M. Didier dans la fabrication des dentiers en pâte minérale, et en conséquence il propose :

1° D'écrire à M. Didier une lettre de remercîments pour sa communication;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives.

M. Robinet demande si M. Didier a donné son procédé tout entier, s'il n'en a rien gardé de secret. Dans ce dernier cas, il voudrait qu'on fût moins approbatif dans les conclusions.

M. Velpeau voudrait qu'on fût plus circonspect, et qu'on se tînt un peu sur ses gardes à l'égard de conclusions approbatives dont on peut faire un si facile abus. N'est-il pas à craindre que ces conclusions ne soient reproduites dans un prospectus?

M. Oudet déclare que, quel que soit le parti que l'auteur doive tirer du rapport, il n'y changera rien.

Placé en face de mon devoir comme rapporteur, dit-il, je le répète, quelque usage qu'on en doive faire, je maintiens tout entière l'appréciation que renferme mon rapport.

M. Velpeau s'élève avec énergie contre cette doctrine, et il maintient que, lorsqu'il y a lieu de présumer qu'on se prévaudra des conclusions d'un rapport dans un intérêt industriel, il faut se montrer d'une extrême sévérité.

M. Oudet. Lorsqu'un procédé soumis à l'examen de l'Académie est trouvé bon, il faut le dire sans hésiter. Le reste ne nous regarde pas. Or, le procédé de M. Didier est évidemment un progrès. L'Académie ne peut le contester. Il n'y a pas de raison qui doive empêcher de le déclarer.

M. Malgaigne comprend la susceptibilité de M. Velpeau, et il s'y associe; cependant il comprend aussi l'insistance de M. le rapporteur à défendre les conclusions de son rapport, qu'il apprécie d'ailleurs comme membre de la commission. Il pense qu'on peut tout concilier, et voici comment : c'est, sans juger le procédé comparativement, de se borner à déclarer qu'il y a un véritable progrès dans la confection des dentiers en pâte minérale, et de modifier quelques-uns des passages du rapport où est établie cette comparaison.

M. Oudet consent à modifier son rapport dans ce sens.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Glycérine. — M. Cap, correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur la glycérine et ses applications aux différentes branches de l'art médical.

L'auteur énonce en ces termes les ressources que cette substance peut présenter à la médecine :

La glycérine lubrifie et assouplit notablement les tissus organiques; ajoutons qu'elle s'est montrée favorable dans la plupart des affections de la peau. C'est ce qui a été constaté récemment par une multitude de praticiens. Leurs observations ont montré que la glycérine pénètre facilement dans les pores de la peau, assouplit cet organe et maintient à sa surface, en vertu de sa propriété hygrométrique, une sorte d'humidité permanente très-propre à combattre la sécheresse et l'épaississement du derme. Elle cicatrise les fissures, les crevasses de la peau, lui conserve sa souplesse et en calme l'irritation.

M. le docteur Trousseau a constaté généralement les excellents effets de la glycérine dans les affections superficielles de la peau, notamment dans le prurigo qui se rattache à une affection dartreuse. C'est ainsi qu'il se rend compte de l'efficacité reconnue de cette substance dans certaines maladies de l'oreille qui tiennent à une irritation cutanée prolongée de l'extérieur à l'intérieur de l'appareil auditif.

La glycérine, suivant ce professeur, convient dans toutes les affections de la peau qu'irriteraient l'emploi des corps gras ou les applications excitantes. Le même médecin se loue surtout de son usage dans les phlegmasies cutanées de nature prurigineuse qui affectent souvent d'une manière si persistante et si douloureuse les parties génitales, l'anus ou leurs annexes. M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fait un fréquent et heureux emploi de la glycérine dans l'eczéma, le zona, l'acné, l'ichthyose, et en général dans toutes les maladies de la peau dont le principe ne réside pas essentiellement dans l'altération des grands appareils internes. Il trouve dans ce cas

la glycérine bien préférable aux cosmétiques irritants si préconisés, comme l'huile de cade, l'eau de goudron, et surtout aux solutions de sublimé corrosif.

La pharmacie n'est point restée en arrière. Les diverses propriétés de cette substance la rendent propre à constituer, suivant M. Cap, un nouvel et précieux excipient qui viendrait s'ajouter à la liste des corps de cette nature dont l'art peut disposer, et qui tiendrait le milieu entre l'eau et l'huile. Elle a, en outre, la propriété de dissoudre et de suspendre les alcaloïdes végétaux. En résumé, M. Cap pense que la glycérine pourra servir à constituer un nouvel ordre de médicaments, soit officinaux, soit magistraux, dans lesquels elle jouera le rôle d'excipient.

Séance du 24 janvier.

Emploi du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin. — M. Bertherand, médecin aide-major, à l'occasion d'une communication récente de M. le docteur Kuhn, sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin, rappelle que dès 1849, dans un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes en Algérie, il a rendu compte d'expériences et de résultats analogues.

Il lui est arrivé, étant appelé au début d'un accès, de faire immédiatement ingérer par le rectum une certaine dose de quinine, dans la crainte d'une aggravation de l'état du malade, que certains symptômes donnaient droit de pressentir, et il dit s'en être toujours bien trouvé.

Traitement de la phthisie par l'inspiration de l'iode. — M. Piorry lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les points les plus pratiques :

M. Piorry, après quelques considérations historiques, émet cette assertion, qu'abandonnée à elle-même, la phthisie des auteurs guérit rarement; et cependant, d'après les faits observés sur les cadavres des vieillards, les tubercules isolés dans les poumons sont, plus fréquemment qu'on ne le pense, susceptibles de se terminer par des indurations crétacées. Il énumère quelques-uns des moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour, pour en constater l'inefficacité, et passe à l'exposé de sa médication par les vapeurs d'iode.

M. Piorry se sert, tantôt de teinture d'iode, tantôt d'iode à l'état métalloïde, pour dégager dans l'air des vapeurs d'iode; il pense que l'on doit préférer les émanations simples d'iode dans les cas d'induration pulmonaire, et les vapeurs de teinture d'iode lorsqu'il existe des cavernes. Dans les premiers cas, on dépose 1 ou 2 grammes d'iode dans un bocal de la capacité de 1 litre et à très-large ouverture. Il se dégage alors dans ce vase des vapeurs iodées, dont les proportions varient en raison du degré de chaleur et d'humidité que contient l'atmosphère. Pour se servir de la teinture d'iode, on verse 50 à 100 grammes de cette dernière dans un bocal, et on l'échauffe suffisamment pour qu'il se dégage des vapeurs d'alcool et d'iode. Or, c'est cet air contenu dans ces récipients, et ainsi chargé de vapeurs iodées ou à la fois iodées et alcoolisées, que les malades respirent. On doit, en général, se borner à faire de temps à autre une inspiration; mais elle doit être profonde. Ainsi pratiquée, elle irrite peu le conduit aérien. S'il arrivait que plusieurs de ces inspirations fussent faites à la suite les unes des autres, il en résulterait une véritable souffrance du larynx et des bronches, de la toux, et peut-être des accidents plus sérieux. Du reste, cette inspiration simple doit être pratiquée très-fréquemment, cent, deux cents fois par jour, et même davantage.

On cherche aussi à faire en sorte que, même pendant son sommeil, le malade respire de l'iode. et, pour cela, on place autour de son lit, sur le sol, du côté de la tête, trois ou quatre soucoupes contenant chacune un gramme d'iode. A l'hôpital, on attache au barreau de fer qui supporte le sommier plusieurs petites fioles qui renferment aussi de l'iode. La vaporisation de celui-ci est prompte, et l'air de l'appartement ou de la salle est tellement chargé de ce médicament, que les rideaux contenant de l'amidon se colorent en bleu. On a administré, dans le service de M. Piorry, 1 à 3 grammes par jour d'iodure de potassium. Dans les cas où l'étendue et la gravité de la lésion portaient à croire qu'il existait entre les surfaces pulmonaires et les parois costales, soit des adhérences, soit cette circulation supplémentaire si remarquable et si bien étudiée par M. le docteur Natalis Guillot, on a eu recours à des frictions sur les points affectés avec la teinture d'iode étendue de 10 à 20 parties d'eau.

Les pneumophymiques soumis au traitement par l'iode ont été soumis en même temps à quelques moyens auxiliaires :

1° A l'emploi du tartre stibié, à petites doses (1 centigr.). Ce remède héroïque a été principalement administré quand les liquides muqueux, puriformes ou purulents, se trouvaient contenus dans les bronches, et ajoutaient ainsi aux dangers de la phymopneumonie ceux de la présence dans

les voies aériennes d'obstacles à l'entrée de l'air, obstacles qui pourraient aussi donner lieu à des degrés divers d'asphyxie, ou mieux d'hypoxémie.

2° A des médicaments variés, dits *astringents*, et supposés propres à calmer ou à suspendre les évacuations plus ou moins abondantes dont l'intestin est le siége. Dans ce nombre figurent principalement l'*albumine*, la *thériaque* et d'autres *préparations opiacées ; le phosphate de chaux*, le *sous-azotate de bismuth*, etc. ; mais l'administration de ces moyens n'était que momentanée et cessait tout aussitôt que l'entérorrhée avait disparu.

3° A du sulfate de quinine à hautes doses, prescrit alors que la rate était volumineuse, simplement hyperémiée, et à faibles doses quand il existait seulement des redoublements fébriles nocturnes dus à la pénétration dans le sang du pus ou de la matière tuberculeuse ramollie.

4° A un régime généralement réparateur, et c'est là un point capital à noter.

5° On a eu très-rarement recours, pour calmer les accidents, à l'opium, à la belladone et à d'autres narcotiques.

6° Les loochs, les médicaments dits béchiques ou pectoraux n'ont été employés que pour calmer la toux.

7° On n'a eu recours à aucune sorte d'exutoire.

8° Dans presque tous les cas les malades observés sont restés à Paris ou dans les campagnes environnantes. On ne les a pas envoyés résider à Nice ou dans les autres parties de l'Italie, où, quoi qu'on en ait dit, les phthisiques venus du Nord ne guérissent pas plus vite ni mieux qu'ailleurs.

Dans un cas, la compression méthodique des parois thoraciques paraît avoir servi d'auxiliaire utile.

Pour limiter, avant le traitement, les lésions organiques, une large plaque de diachylon fut placée en avant sur la poitrine de chaque malade. On traça sur cette plaque diverses lignes qui correspondaient, soit aux clavicules, aux articulations sterno-claviculaires, aux saillies formées par les muscles sterno-mastoïdiens, soit à la circonférence du cœur, à la face supérieure du foie et aux mamelons. Sur cette figure grossière, mais exacte, il fut facile de tracer un dessin très-précis des parties indurées, de circonscrire celle-ci très-exactement, d'indiquer les nuances de sonorité, d'obscurité, de son, de matité, de dureté, de résistance au doigt qu'elles présentaient, et de noter aussi, sur les images obtenues de cette façon, les principaux bruits stéthoscopiques appréciables au niveau des masses malades. Quelques jours plus tard, et alors que le traitement avait été exécuté, il était on ne peut pas plus facile de replacer la plaque de diachylon exactement sur les mêmes points, car les lignes de limitations organiques servaient de jalons pour indiquer précisément le lieu où l'emplâtre avait été d'abord placé.

M. Piorry résume ainsi les résultats définitifs obtenus sur les 31 phthisiques soumis dans son service d'hôpital, aux inspirations d'iode : Amélioration marquée dans les caractères anatomiques et dans les symptômes, 20 cas ; disparition des caractères anatomiques appréciables et de la plupart des symptômes. 7 cas ; mort, avec ou sans amélioration positive, 4 cas.

M. Moreau. Je regrette que M. Piorry n'ait pas cru devoir se servir du langage scientifique usuel ; il résulte des expressions de phymie, de pneumophymie et autres semblables, dont M. Piorry se sert alternativement avec celles de phthisie, de tubercules, une certaine confusion.

M. Piorry. Quand on a publié un traité en huit volumes où l'on se sert d'un bout à l'autre d'une nomenclature connue aujourd'hui presque partout, on a bien le droit de s'en servir dans cette enceinte. M. Moreau est trop érudit pour ignorer que les expressions dont je me suis servi avaient été employées par Hippocrate. Est-ce d'ailleurs au sein d'une Académie comme celle-ci qu'on doit craindre de n'être pas compris en se servant d'étymologies grecques?

M. Robinet. Il est question, dans le mémoire de M. Piorry, de quatre cas terminés d'une manière fatale. Je voudrais savoir si les dessins et les délimitations des organes que M. Piorry a faits sur le vivant ont été vérifiés par l'autopsie. Je désirerais également que M. Piorry voulût bien nous dire si sur les sujets qui ont succombé il a trouvé un commencement de cicatrisation ou une modification quelconque indiquant une tendance à la guérison.

M. Bricheteau. M. Piorry dit qu'après avoir employé le tartre stibié on l'a abandonné. J'ai publié un volume dont plus de 200 pages sont consacrées à la phthisie et dans lequel j'ai fait connaître les résultats avantageux que j'ai obtenus dans quelques circonstances par l'emploi du tartre stibié. Il m'a paru que c'était un très-bon médicament. Il serait donc inexact de dire que ce moyen a été abandonné. D'ailleurs tout porte à croire qu'il n'y a pas un remède unique contre la phthisie et que des moyens très-divers peuvent être utiles. J'engagerai donc M. Piorry à modifier ce passage de son mémoire.

M. Piorry. J'ai commis une très-grande faute en ne citant pas dans ce travail un excellent livre, celui de M. Bricheteau. Quant au tartre stibié, je n'ai pas tout à fait oublié d'en parler; j'ai rappelé, entre autres, les essais de Lanthois. Je n'ai pas entendu d'ailleurs préconiser exclusivement l'iode et prétendre que ce soit le seul remède : j'ai seulement voulu prouver qu'il était bon.

En ce qui concerne les questions de M. Robinet, il comprendra que mes occupations ne me permettent pas toujours de faire les autopsies; je suis tellement sûr d'ailleurs de l'exactitude de la plessimétrie que je n'hésite pas à dire que je n'ai pas pu me tromper.

M. Caventou. M. Londe a parlé de fumigations de vapeurs d'arséniate de soude qui auraient eu entre ses mains d'heureux résultats. Je me demande comment on peut administrer des vapeurs d'arséniate de soude; ce n'est évidemment qu'à la faveur d'une décomposition. Or, dans ce cas, ce ne sera plus des vapeurs d'arséniate de soude, mais des vapeurs d'acide arsénieux qu'on fera inspirer. Il est bon qu'on connaisse cette circonstance.

M. Chatin. On sait que d'après les médecins allemands il y aurait antagonisme entre le goitre et la phthisie. Or, il est connu aussi que l'iode guérit très-bien le goitre; si l'iode guérit le goitre, n'y a-t-il pas lieu de douter qu'il puisse guérir la phthisie? C'est là une objection qu'on pourrait peut-être opposer à M. Piorry. Mais, d'un autre côté, suivant un médecin italien, la phthisie serait une des terminaisons les plus communes du goitre. Il y a là, comme on le voit, deux propositions diverses à examiner.

Diagnostic et valeur du bruit de souffle ombilical. — M. Devilliers lit un travail intitulé : *Recherches sur le diagnostic et la valeur du bruit de souffle ombilical*. Des faits et réflexions contenus dans ce mémoire, l'auteur croit devoir conclure que :

1° Le bruit de souffle ombilical se laisse distinguer des autres bruits que l'on perçoit dans le travail de l'accouchement, et surtout de ceux qui sont propres au cœur du fœtus, par certains caractères particuliers.

2° Sa situation est aussi variable que celle des circonvolutions du cordon, et par conséquent ne suit pas aussi exactement qu'on l'a pensé le mode de présentation du fœtus; elle indiquerait mieux à la rigueur sa position.

3° Le bruit de souffle ombilical résulte de la compression du cordon que favorisent certaines dispositions, soit de ce cordon lui-même, soit des parties fœtales, soit des parois utérines et abdominales.

4° Toutes les fois qu'on l'entend, on doit soupçonner ou l'interposition du cordon entre les parois utérines et les parties fœtales, ou l'existence de ses circonvolutions autour de celles-ci, et par conséquent, dans quelques cas, celle d'une brièveté accidentelle du cordon, et se tenir en garde contre les conséquences possibles de ces accidents.

5° Cependant, si le souffle ombilical accompagne quelquefois les circonvolutions du cordon, plus fréquemment encore celles-ci existent sans qu'il se produise ou sans qu'il se trouve dans des conditions permettant de le discerner.

6° On peut au contraire, dans certains cas, se rendre compte de la présence du bruit de souffle ombilical, bien que, au moment de la naissance, il y ait absence de circonvolutions du cordon, ces dernières étant, ainsi que l'observation le démontre, susceptibles de se déplacer ou de se dérouler pendant les diverses phases du travail.

7° Quelque rare que paraisse être le bruit du souffle ombilical, il conserve donc en pratique une valeur très-importante. (Commissaires : MM. Depaul, Danyau.)

Séance du 31 janvier.

Folie à double forme. — M. Baillarger lit un mémoire sur une variété spéciale de folie qu'il propose de désigner sous le nom de *folie à double forme*. Elle est caractérisée par deux périodes régulières, l'une d'excitation et l'autre de dépression.

Cette maladie se reproduit le plus souvent d'une manière intermittente.

Cathétérisme utérin. — M. Paul Broca lit une note sur un cas de mort survenu à la suite du cathétérisme utérin.

Séduit, comme tant d'autres, par les dehors brillants de la nouvelle méthode, dit M. Broca, j'ai cru devoir y recourir trois fois. Plusieurs de mes malades présentaient des déviations utérines, et la plupart n'en souffraient pas; mais chez trois d'entre elles il y avait un cortége de symptômes assez sérieux pour légitimer l'intervention de l'art. Je résolus de faire profiter ces trois malades des bienfaits de la méthode Simpson, dont les succès nombreux n'étaient encore, à ma connaissance, contre-balancés par aucun revers.

Sur mes deux premières malades il ne survint aucun accident. L'une d'elles était atteinte d'antéversion, et l'autre de rétroflexion. Au bout d'une semaine, leur état

n'avait encore subi aucune amélioration importante. Je ne puis dire ce qui serait advenu plus tard, car le traitement fut interrompu, les accidents développés sur ma troisième malade ayant brusquement diminué la confiance que m'inspirait la nouvelle méthode.

Voici l'histoire de cette troisième malade : *Antéversion; application de la sonde utérine réitérée chaque jour pendant cinq minutes. Le cinquième jour péritonite, puis étranglement interne suivi de mort.*

M. Velpeau demande à présenter quelques réflexions à l'occasion de la communication de M. Broca.

M. Broca a dit que j'avais eu la pensée de ce redresseur utérin, mais que je ne l'avais pas appliqué; il y a là une petite erreur, et c'est précisément parce que je m'en suis servi il y a quelque vingt ans que je sais à quoi m'en tenir là-dessus. J'ai appliqué à cette époque le cathétérisme utérin sur 5 femmes, et c'est parce que je n'ai pas eu lieu d'être satisfait du résultat que j'ai abandonné cette pratique. Sur ces 5 femmes, 3 n'éprouvèrent aucun accident, mais 2 eurent des accidents de métro-péritonite semblables à ceux dont on vient de nous entretenir. J'avoue qu'un pareil résultat pour une affection qui ne fait pas périr par elle-même les malades me fit peur. D'un autre côté, en y réfléchissant, j'ai reconnu depuis que cette opération n'avait pas de chances de succès. En effet, les déviations de l'utérus auxquelles on se propose de remédier par ce moyen sont en réalité irrémédiables. La matrice suspendue sur une sorte de toile mobile peut bien être redressée momentanément par l'action des instruments, mais c'est pour reprendre sa position vicieuse primitive sitôt qu'on a cessé l'usage des appareils redresseurs.

C'est donc parce que j'ai reconnu, d'une part, le danger de cette pratique et, d'autre part, le peu de chances de succès que j'ai dû y renoncer. Cependant, quand j'ai vu des observateurs aussi sérieux que MM. Simpson et Valleix venir affirmer qu'ils obtenaient de bons résultats, je me suis gardé de rien réclamer pour mon compte, mais j'ai voulu essayer de nouveau. Eh bien! je me suis assuré encore cette fois que, si quelques femmes se sont bien trouvées de ce moyen, d'autres ont éprouvé des accidents assez sérieux pour contre-balancer ces avantages dans mon esprit, d'autant plus, je le répète, que je ne crois pas que les avantages obtenus soient permanents. Je crois donc, en définitive, que c'est là une pratique qu'on ne doit point encourager.

M. Moreau. Il y a une vingtaine d'années aussi environ que j'ai employé avec M. Amussat un moyen analogue à celui dont il vient d'être question. Ces manœuvres ont produit des résultats tels, que j'ai pensé dès ce moment que cette pratique avait plus d'inconvénients que d'avantages. Je pense donc, comme M. Velpeau, que c'est un moyen à abandonner, et je me félicite de ce que le mémoire que vient de nous lire M. Broca nous fournisse l'occasion d'examiner et de discuter plus tard cette question.

Iode. — M. Chatin lit la suite de ses recherches sur l'iode.

Séance du 7 février.

Eau inodore et désinfectante. — M. Bouchardat lit, au nom d'une commission, un rapport officiel sur l'eau inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen. Ce rapport est un complément d'un rapport que l'Académie a déjà entendu sur ce sujet en juillet 1850, et qui fut renvoyé à la Commission, afin qu'on y joignît la comparaison du liquide en question avec les désinfectants généralement employés dans ce but.

M. le rapporteur examine successivement le liquide de MM. Raphanel et Ledoyen (nitrate de plomb) dans ses applications à la chirurgie et dans ses applications comme désinfectant aux amphithéâtres d'anatomie, aux casernes, aux hôpitaux, et enfin dans ce qui a rapport à la question des latrines et des vidanges.

D'après les faits exposés dans le rapport, la Commission propose de répondre à M. le ministre :

« 1° La supériorité de l'eau inodore et désinfectante de MM. Ledoyen et Raphanel, comparée aux solutions d'acétate de plomb employées dans le pansement des plaies répandant une odeur fétide n'est établie sur aucun fait précis.

» 2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, l'emploi du chlorure de zinc comme désinfectant est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb.

» 3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel.

» 4° Pour la désinfection des fosses d'aisances, le chlorure ou le sulfate de zinc, le sulfate de fer au maximum, à l'état le plus voisin de la neutralité, sont préférés au nitrate de plomb. Cependant, dans quelques conditions spéciales, quand on ne tiendra pas compte du prix du liquide

employé; quand les précautions seront prises pour éviter l'action du plomb, on pourra utilement se servir de la solution du nitrate de plomb, préconisée par MM. Ledoyen et Raphanel. »

M. MALGAIGNE. La question soulevée par le rapport de M. Bouchardat est une question très-sérieuse. Je m'attendais à trouver dans le rapport des faits positifs en grand nombre pour appuyer les conclusions, et j'ai été déçu. J'ai essayé, sur la demande de M. Ledoyen, l'emploi du nitrate de plomb comme désinfectant des ulcères et des plaies gangréneuses; j'ai trouvé que le nitrate de plomb était un désinfectant admirable. Cependant je dois dire que dans quelques cas il n'a pas aussi bien réussi, mais c'était de ces cas où la mauvaise odeur persiste quoi qu'on fasse et ne cède à aucune action chimique.

Il est un autre point qui n'est pas moins important, c'est l'action de ce sel de plomb pour la désinfection des lieux d'aisances. J'ai également été témoin d'expériences de ce genre de désinfection, et je dois dire que je suis étonné que M. Bouchardat ait traité ce point avec tant de légèreté.

M. Malgaigne rapporte ici les expériences dont il a été témoin, et desquelles il résulte que le nitrate de plomb désinfecterait en général complétement les matières des vidanges et que les circonstances dans lesquelles la désinfection n'était point complète étaient de celles où aucun autre moyen chimique n'aurait été capable de désinfecter; c'était, par exemple, lorsque aux gaz ammoniaque et sulfhydrique se trouvaient réunies en plus ou moins grande proportion des matières organiques sur lesquelles tous les agents chimiques sont impuissants.

M. CHEVALLIER. Pour que les désinfectants désinfectent, il faut qu'ils soient employés en quantité suffisante et dans des proportions déterminées. C'est probablement parce qu'on n'aura pas tenu compte de cette condition que quelques-unes des expériences dont M. Malgaigne a été témoin ont échoué. Quant au nitrate de plomb, il n'est pas douteux que ce ne soit un bon désinfectant; mais il a un inconvénient qui devra toujours lui faire préférer les autres, c'est qu'il est beaucoup trop cher.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY. M. Malgaigne accuse la chimie d'impuissance en fait de désinfection, mais sans dire sur quoi il se fonde. Il n'y a pas de matières organiques qui ne soient susceptibles d'être désinfectées. Lorsqu'on désinfecte les lieux d'aisances, on détruit d'abord l'ammoniaque et les gaz hydrosulfuriques par les désinfectants dont il vient d'être question; il reste alors les matières organiques en putréfaction, qu'on détruit par le charbon divisé; mais il s'agit pour obtenir ce résultat d'employer ces divers agents dans les proportions convenables, ainsi que vient de le dire M. Chevallier. Quant aux sels de plomb, c'est par l'acide qui entre dans leur composition qu'ils désinfectent; mais tous ces sels sont en général d'un prix élevé, c'est là ce qu'il faut prendre en considération. Or de tous ces sels le nitrate de plomb est le plus cher; c'est ce qui s'opposera toujours à son emploi en grand.

M. MOREAU exprime le regret que M. Bouchardat n'ait pas indiqué le moyen d'arriver à utiliser les matières désinfectées pour les usages de l'agriculture.

M. Michel LÉVY appelle l'attention de l'Académie sur le côté le plus large de la question, le côté hygiénique. Quand il s'agit d'une atmosphère confinée, la question est complexe; il y a de l'eau, de l'acide carbonique, des matières organiques dont les proportions ne peuvent jamais être rigoureusement déterminées. Dans ce cas, il n'y a pas de matières chimiques qui puissent neutraliser ces divers éléments, et, d'ailleurs, la plupart de ces neutralisants pourraient eux-mêmes devenir nuisibles. C'est l'aération, le renouvellement de l'air, qui est le seul, le véritable désinfectant en pareil cas. Tel est le cas des salles d'hôpitaux. En 1849, à l'époque du choléra, où l'infection était portée au plus haut degré, dans les salles du Val-de-Grâce, on n'a jamais eu recours aux agents chimiques pour opérer la désinfection; on s'est borné à renouveler incessamment l'air, et ce moyen a suffi.

M. H. GAULTIER DE CLAUBRY rapporte un fait qu'il a eu l'occasion d'observer en 1830, à l'époque où il faisait partie d'une commission pour examiner la question de l'assainissement de la caserne d'Orsay; ce fait vient à l'appui de ce que vient de dire M. Michel Lévy.

M. BOUCHARDAT s'excuse de n'avoir pu, faute de temps, ce rapport ayant été demandé d'urgence, donner un développement suffisant à toutes les questions que comportait ce sujet; il a dû se borner à les indiquer. Il est parfaitement d'accord avec MM. Michel Lévy et H. Gaultier de Claubry en ce qui concerne l'aération dans les espaces confinés. Quant à ce qu'a dit M. Malgaigne, qui paraît croire qu'on n'a pas suffisamment rendu justice dans le rapport au mérite des recherches de M. Ledoyen, M. Bouchardat s'efforce de réfuter ce reproche.

La délibération est ouverte sur les articles. Après une longue et très-diffuse discussion, les conclusions sont adoptées, amendées ainsi qu'il suit :

1° Première conclusion comme dans le rapport.

2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, pour conserver les cadavres, l'emploi du chlorure de zinc comme désinfectant est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb.

3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel, dont l'usage ne serait pas sans danger.

4° A la quatrième conclusion du rapport est substituée la conclusion suivante, proposée par M. Malgaigne :

« Quant à la désinfection des vidanges, le nitrate de plomb n'a pas d'avantages sur les sels employés jusqu'ici, et il est inférieur à la plupart, à raison de son prix et de la couleur noire qu'il imprime aux matières. »

L'Académie adopte l'ensemble des conclusions.

AMYGDALOTOME. — M. Blatin adresse une réclamation de priorité relativement à un amygdalotome qu'il a fait exécuter il y a deux ans par M. Mathieu, et dont celui qu'a présenté M. Maisonneuve à la dernière séance ne diffère que par des omissions.

Ce tonsillotome fonctionne à l'aide d'une seule main ; trois doigts suffisent pour le maintenir solidement, tandis que le pouce fait mouvoir l'aiguille destinée à fixer l'amygdale, et que l'index resté libre tire en arrière la tige coudée qui entraîne la lame, pour opérer la section de la glande hypertrophiée.

Cette lame coupe en sciant, à la manière de l'instrument modifié par M. Le Roy-d'Etiolles, mais par un mécanisme tout différent. A cet effet, un tenon rivé sur la tige, qui est articulée, glisse dans une rainure creusée en zigzag, et force l'anneau tranchant à faucher pendant qu'il est attiré en arrière par le doigt de l'opérateur.

Académie des Sciences de Paris.

Séance du 31 octobre.

MALADIES DE L'OREILLE. — M. Triquet envoie un mémoire intitulé : *Études d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.*

Ce mémoire, qui renferme, outre un grand nombre d'observations, la discussion des principaux travaux relatifs au même sujet, est résumé par l'auteur dans les termes suivants :

« Je crois avoir démontré par ce travail que les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille n'en ont point étudié l'anatomie pathologique d'une manière positive, et que cette proposition, qui est vraie même pour les altérations de l'oreille moyenne, s'applique bien plus directement encore aux lésions de l'oreille interne. Mes dissections ont prouvé que le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer comme l'oreille moyenne.

» Un malade qui avait succombé avec les symptômes d'une surdité dite *nerveuse* m'a offert les traces d'une phlegmasie non douteuse dans l'oreille moyenne et interne. Ce sujet intéressant réclame d'ailleurs de nouvelles recherches.

» L'otite des phthisiques, jusqu'à présent dite *tuberculeuse*, ne m'a offert dans mes dissections aucune trace de tubercules enkystés ou infiltrés, mais une phlegmasie suppurative des cavités de l'oreille. J'ai pu faire d'une manière assez complète l'anatomie pathologique de l'otite typhoïde et celle des fièvres graves.

» Comme corollaire de cette description, j'ai exposé le mécanisme des perforations du tympan ; dans ces maladies, je fais voir comment le pus pouvait s'infiltrer de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne.

» Dans une deuxième partie se trouvent émises les conséquences thérapeutiques de ces recherches, quelquefois en opposition avec les assertions des auteurs cités.

» Le procédé nouveau de cathétérisme pour la trompe d'Eustache que je soumets à l'appréciation de l'Académie me paraît destiné à vulgariser ce moyen de thérapeutique en le rendant plus facile et plus sûr. » (Commissaires : MM. Roux, Andral et Velpeau).

Séance du 14 novembre.

SUR LA DIGESTION DES MATIÈRES AMYLACÉES, ET SUR LA DIGESTION EN GÉNÉRAL. — M. Blondlot communique sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les résultats auxquels je suis arrivé dans le cours de ces recherches me semblent surtout dignes d'intérêt en ce qu'ils viennent donner une confirmation remarquable aux principes généraux que j'ai

établis dans mon *Traité analytique de la digestion*, et me permettent ainsi de systématiser mes idées sur cette importante question autour de quelques points fondamentaux. . . . . .

Le premier de ces points est que, de tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal depuis son origine jusqu'à sa terminaison, un seul, le suc gastrique, mérite la dénomination de fluide digestif, car lui seul exerce une action véritablement chimique sur les aliments, tandis que les autres, savoir la salive, la bile, le suc pancréatique, en un mot, les fluides muqueux de toute espèce, ne sont autre chose que des produits excrémentitiels qui, avant d'être expulsés définitivement de l'économie, lui rendent encore un dernier service, si je puis m'exprimer ainsi, soit en facilitant le glissement des matières ingérées, soit en protégeant les surfaces qu'ils lubrifient, soit même en s'interposant par leur viscosité entre les molécules des matières adipeuses de manière à les diviser ou, autrement dit, à les émulsionner. Il résulte de là qu'en définitive le rôle qui est départi à ces derniers est exclusivement mécanique, et du reste tellement secondaire qu'on peut les supprimer sans que la digestion cesse de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie pendant de longues années. Cette proposition, toute hétérodoxe qu'elle ait pu paraître d'abord, a déjà été mise hors de doute, comme l'on sait, en ce qui concerne la bile, c'est-à-dire celui de tous les fluides excrémentitiels dont il s'agit, auquel l'imagination des physiologistes s'était depuis longtemps complu à attribuer le plus d'importance. Or, les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré dans ce mémoire viennent encore concourir à la démonstration de la même vérité, en prouvant que la salive et le suc pancréatique sont aussi inertes dans la digestion des matières amylacées que relativement à celle de toutes les autres substances ingérées dans le tube digestif.

Le second principe fondamental qui ressort de mes précédents travaux est que le suc gastrique est sans action aucune sur les matières non azotées, à l'égard desquelles il se comporte à peu près comme ferait de l'eau simple ou de l'eau légèrement acidulée, tandis qu'il manifeste une activité des plus énergiques sur certains produits azotés, tels que l'albumine, la fibrine, etc., produits qui, à raison de leur composition élémentaire, semblent appartenir à une même famille naturelle. Il résulte de là que le suc gastrique intervient dans la chymification des divers aliments de deux manières bien différentes, savoir : directement, quand il attaque les substances mêmes dont les molécules doivent constituer la pâte chymeuse, ainsi que cela a lieu pour les matières animales ; et indirectement, au contraire, quand il s'agit de certaines matières végétales dont les derniers éléments organiques complétement privés d'azote et, par conséquent, réfractaires à l'action du suc gastrique, ne peuvent être mis en liberté que par la destruction de la trace presque imperceptible du principe azoté qui servait à les réunir.

Or, cette seconde proposition se trouve encore confirmée par le résultat de mes dernières recherches, puisque, comme je le fais voir, la fécule ne se réduit en granules pendant la digestion que consécutivement à l'altération subie par l'espèce d'enduit azoté qui réunissait ces derniers.

Le troisième principe fondamental concerne la manière d'agir du suc gastrique. J'ai établi dans l'ouvrage déjà cité que ce *modus faciendi* ne consistait ni dans ces transformations chimiques sur lesquelles les physiologistes d'autrefois avaient donné si ample carrière à leur imagination, ni dans une simple dissolution de la matière alimentaire, ainsi que l'avaient pensé quelques expérimentateurs modernes. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes ; car l'action exercée par le fluide chymificateur n'est pas, à beaucoup près, aussi compliquée que l'avaient imaginé les premiers, ni pourtant aussi simple que se l'étaient figuré les seconds. C'est une action *sui generis* en vertu de laquelle certaines matières, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues sous l'influence des agents mécaniques les moins énergiques. Or, est-il nécessaire de faire observer que le résultat de mes dernières recherches rentre complétement dans ce principe général, puisque j'ai démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui, la matière amylacée proprement dite ne subit aucune espèce de décomposition ni de dissolution pendant le travail digestif? . . . .

Le dernier principe fondamental qui me reste à faire ressortir et, sans contredit, le plus important, du moins sous le rapport philosophique, c'est que, en dernière analyse, le suc gastrique lui-même n'est, après tout, que la cause prédisposante de la chymification. En effet, quel que soit le degré de ramollissement auquel cet agent chimique ait amené la matière alimentaire par son action intestine, il faut toujours

qu'une force mécanique vienne terminer le travail dans ce qu'il a d'essentiel, en amenant cette matière à un degré d'atténuation suffisante pour qu'elle puisse être absorbée. Or, ici encore, mon dernier travail fournit à ce principe une application, puisque nous avons vu la fécule se ramollir dans l'estomac par l'action chimique du suc gastrique, mais soustraite, au moyen d'un tube, à l'action mécanique de ce viscère, rester sans se désagréger jusqu'à ce qu'une force étrangère vienne suppléer d'une manière plus ou moins imparfaite au mouvement péristaltique. C'est donc à bon droit que, dans mon *Traité de la digestion*, j'ai pu m'exprimer ainsi.

On le voit, considérée d'une manière générale, la chymification n'est, en dernière analyse, qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subit, dans ce changement d'état, aucune espèce de décomposition.

Pris dans un sens large, le système des mécaniciens était donc, de tous les systèmes anciens, celui qui s'approchait le plus de la vérité, car, en définitive, il aboutissait à ce principe, que les matières alimentaires s'introduisent dans l'organisme avec toute leur intégrité de composition, et sans subir aucune de ces métamorphoses chimiques auxquelles les chimistes d'autrefois avaient recours pour expliquer les phénomènes digestifs. »

Séance du 2 janvier.

GLUTEN DU BLÉ. — M. Millon lit un mémoire sur le gluten du blé. L'objet de ce mémoire est de faire connaître l'existence de grandes variations dans la proportion de gluten dans des farines provenant de blés de la meilleure apparence.

Des recherches auxquelles M. Millon s'est livré sur des blés de différentes provenances, il résulte qu'il peut arriver que la farine la plus fraîche, la plus belle et de la mouture la plus loyale, ne contienne, dans des cas qu'il admet jusqu'ici comme exceptionnels, mais qui sont peut-être assez fréquents, qu'une proportion de gluten de 7, 8 et 9 p. 100.

Cette donnée peut être de la dernière importance en matière d'expertise. En présence d'une récolte insuffisante, on est exposé d'habitude à une recrudescence dans les tentatives de sophistication des farines. Si les experts doivent, en de pareils moments, redoubler de vigilance, il faut aussi, dit M. Millon, que leurs conclusions tiennent compte de tous les faits acquis par la science et l'expérience.

Cette distinction en blés riches ou pauvres en gluten a encore de l'opportunité, en ce sens que la farine des blés riches en gluten supporte mieux l'addition de la farine de maïs ou de la fécule de pommes de terre, et probablement aussi de toute autre substance féculente. La panification se fait sans peine avec un mélange où ces substances entrent pour une forte proportion dès que la farine du blé contient beaucoup de gluten.

Enfin, M. Millon ajoute que le gluten n'est pas indispensable à la panification. Il a fait lui-même du pain avec de la farine de blé sans gluten; il a constaté que la pâte se travaillait plus difficilement. Ce pain offre aussi à la mastication des caractères particuliers; il s'arrête en quelque sorte au gosier, comme du pain très-sec et très-rassis. M. Millon en conclut qu'il est probable qu'indépendamment de ses autres propriétés, le gluten contribue à rendre le bol alimentaire glissant, et à lui faire franchir plus agréablement l'isthme du gosier. Il traduit cette sensation en disant que ce pain prend beaucoup de salive; le pain ordinaire en prend moins, et le pain de blé dur moins encore. (Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze, Péligot.)

Séance du 9 janvier.

MOYENS D'EXTRAIRE DE LA VESSIE LES CORPS ÉTRANGERS. — M. Le Roy-d'Étiolles lit un mémoire dont nous reproduisons l'extrait suivant :

« Les corps arrivent dans la vessie tantôt par les voies naturelles, tantôt par des blessures; les premiers ont en général une forme allongée, et leur diamètre est inférieur à celui du canal par lequel ils ont pénétré : ce sont ordinairement des fragments de sondes, d'instruments brise-pierres, des tiges de fer, des épingles à cheveux, etc. Les instruments que j'ai imaginés pour opérer l'extraction de ces différents corps agissent de deux manières différentes : ils ploient, en dirigeant leurs pointes en arrière, les tiges assez minces pour passer en double dans l'urèthre ou dans un tube. Quant aux corps trop volumineux pour sortir ainsi ployés en deux, les instruments les saisissent, les font pivoter sur eux-mêmes s'ils sont pris en travers et les placent dans la direction de l'urèthre qu'ils doivent parcourir. Cet effet est produit par de petites barrettes transversales semblables à de petits râteaux qui glissent sur les bords des gouttières dont sont creusées les pinces; lesquels râteaux, mus par de longues tiges, se prolongent à

l'extérieur, poussent le corps jusqu'à l'extrémité de la pince, dont les gouttières, coupées obliquement et échancrées d'un côté, favorisent le mouvement de bascule. Ces râteaux et cette coupe oblique des gouttières s'adaptent à toutes les pinces, mais plus particulièrement à celle en forme de brise-pierre, qui est la plus usitée pour l'homme, et à la pince à anneaux, qui convient pour les femmes.

» J'obtiens encore le pivotement, le placement en long et la sortie des corps allongés par d'autres mécanismes. Un tube droit ou courbe est échancré en gouttière dans une certaine longueur; sur le bord de cette gouttière glisse un crochet demi-annulaire qui peut dépasser le bord du tube en obéissant à l'impulsion et au tirage d'un fil de fer; ce demi-anneau accroche la tige à extraire, la fait basculer sur le bord de la gouttière, l'y couche et l'amène au dehors.

» Je rapporte dans mon mémoire de nombreux exemples de succès obtenus avec ces divers instruments. L'un des plus remarquables est celui d'un général qui avait rompu, dans sa vessie une grosse bougie de gutta-percha, pour l'extraction de laquelle quarante-trois tentatives infructueuses avaient été faites par un des plus célèbres chirurgiens spécialistes. Avec mon extracteur à *crochet* semi-annulaire, dès la première application que j'en ai faite, j'ai retiré ce corps étranger. »

M. Le Roy-d'Étiolles présente encore des considérations et des résultats d'expériences sur l'application de l'électro-magnétisme et de l'extraction de fragments d'instruments lithotribes rompus dans la vessie; il résulte de ces expériences que, pour produire une adhérence suffisante entre le cathéter en fer ou entre le mandrin de la pince à gaine qui passent dans la bobine creuse autour de laquelle s'enroulent les fils conducteurs, il ne faut pas moins de 25 à 30 couples de la pile de Buntzen. (Commissaires, MM. Velpeau et Lallemand.)

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Séance du 9 janvier.

Président : M. DIEUDONNÉ.

Secrétaire : M. CROCQ.

La séance est ouverte à 6 heures et un quart.

Sont présents : MM. Dieudonné, Seutin, Leroy, Pigeolet, Joly, Rieken, Gripekoven, Henriette, Koepl, Bougard, Martin, Van den Corput, Delstanche et Crocq.

M. A. Uytterhoeven, membre honoraire, assiste à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. MM. Philipeaux et Bierbaum remercient la Société de leur nomination au titre de membre correspondant.

La Société d'hydrologie, établie à Bordeaux, adresse à la Société une lettre ayant pour objet d'engager la Compagnie à s'occuper de tout ce qui concerne l'étude de l'hydrologie appliquée à la thérapeutique.

Une commission composée de MM. Delstanche, Crocq et Martin, est chargée d'examiner la question soulevée dans cette lettre et de faire un rapport à la Société.

M. Seutin offre à la Société un prix de 500 fr., pour mettre au concours une question sur le traitement du cancer. La Société accepte cette offre avec empressement, et renvoie la question au Comité de rédaction.

M. Parigot adresse un ouvrage intitulé : *Tableau synoptique des maladies mentales*; il demande le titre de membre honoraire ou correspondant. — Renvoyé à l'examen de M. Joly.

M. Gripekoven demande l'insertion, au Bulletin de la séance, de la note suivante :

L'honorable collègue, M. Van den Corput, a prétendu, dans l'avant-dernière séance, que le mode proposé par moi, pour distinguer le quinquina Calysaya de toutes les autres espèces de quinquina jaune, avait été déjà proposé par M. Mohr.

J'ai trouvé, dans son commentaire de la Pharmacopée de Prusse, quelque chose dans ce genre-là, pour évaluer la valeur d'un quinquina jaune pour la fabrication de la quinine; mais vous verrez, Messieurs, combien nous différons.

M. Mohr conseille de ne pas opérer sur moins d'une once d'écorce. Je fais mon expérience jusque sur 1/16 d'une once avec toute sûreté. M. Mohr emploie des décoctions obtenues à l'aide d'eau acidulée avec de l'acide muriatique. Je ne fais que macérer avec de l'acide sulfurique étendu; M. Mohr se sert, pour précipiter, de soude caustique; je me sers d'ammoniaque.

Enfin, ce qui est plus essentiel, c'est que M. Mohr se sert d'éther seulement, après que le précipité a été recueilli et séché, tandis que j'emploie l'éther avec de l'ammoniaque simultanément.

La remarque de M. Van den Corput, concernant l'aricine, qui est aussi soluble dans l'éther, entacherait, du reste, le procédé de M. Mohr aussi bien que le mien; mais M. Van den Corput n'a pas songé que personne ne saurait confondre le quinquina Jaën, qui fournit l'aricine, avec le quinquina royal. Le premier ressemble plutôt au quinquina gris ou Loxa, se présente en écorces roulées en tuyaux d'une ligne d'épaisseur environ, tandis que le quinquina royal se présente le plus souvent en plaques non roulées, irrégulières, de 2 à 4 lignes d'épaisseur ou en morceaux roulés de la grosseur d'un pouce, toujours jaunes, tandis que le quinquina Jaën est d'une couleur grise.

M. Van den Corput répond à ce qui précède par la note suivante :

En s'en rapportant aux apparences extérieures, aux caractères organoleptiques simples, on risquerait fort de confondre les mauvais quinquinas avec les bons. « Le quinquina d'Arica, quinquina de Cusco (Guibourt), se présente sous des formes très-variées suivant l'âge des écorces. Les plus jeunes sont minces, d'un *jaune prononcé* et sont recouvertes d'un épiderme blanc uni et non crevassé. Les plus grosses écorces qui sont entièrement privées d'épiderme, *ressemblent au Calisaya léger du commerce*, et il faut de l'habitude pour les distinguer à la vue (BOUCHARDAT, *Manuel de matière médicale*, 2e édit., p. 395). »

Si M. Mohr emploie la soude au lieu de l'ammoniaque dont on se sert généralement aujourd'hui pour isoler les alcaloïdes dans les essais relatifs aux mélanges de quinine et de cinchonine; si, pour rendre plus solubles les alcaloïdes du quinquina, il prend de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique au lieu d'acide sulfurique étendu, il faut convenir que ce sont là des variantes tout à fait insignifiantes et qui n'empêchent pas le procédé donné par M. Gripekoven et suivi, du reste, depuis longtemps pour les essais du sulfate de quinine, d'être le même quant à la théorie et de conduire au même résultat.

Si de plus, M. Mohr ne traite par l'éther que le précipité préalablement séché, c'est afin de peser celui-ci et d'obtenir par conséquent des résultats quantitatifs exacts que ne donne pas la modification proposée par M. Gripekoven.

Ouvrages présentés :

1. Archiv für physiologische Heilkunde, von K. Vierordt. Année 1853.

2. Das Malaria-Siechthum vorzugsweise in sanitäts-polizeilicher Beziehung, von Dr Joseph Bierbaum. Wezel, 1853, vol. in-8o.

3. Wissenschaftliche Begründung der Wasserkur gestutzt auf eine dreizehnjährige Erfahrung, von Dr W. Petri. Coblenz, 1853, in-8o.

4. Handboek over de gezondheidsleer ten gebruike der landbouwers, etc., door G. J. Sweron. Vol. in-18.

5. Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux, par M. Burguet. Bordeaux, 1853, in-8o.

6. Programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux. In-8o.

7. Société de médecine du Midi appliquée à l'hydrologie. Congrès de Toulouse. Bordeaux, 1853, in-8o.

8. Bains de mer. Lettre sur la nécessité de l'intervention médicale dans l'emploi hygiénique, prophylactique et médical de l'hydrothérapie maritime, par le Dr Pouget. Paris et Bordeaux, 1853, in-8o.

9. Vi sarebb' egli un mezzo da ovviare a tanta mortalità di vari ospizi di trovatelli, e segnatamente del nostro stabilimento dell' annunziata di Napoli? Opinione e voto del Comm. Manfre. In-8o.

10 à 36. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

M. CROCQ, en son nom et au nom de MM. Henriette et Koepl, lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Thiry sur le traitement des vaginites :

MESSIEURS,

Notre collègue, M. Thiry, vient de nous présenter un travail intitulé : *Quelques considérations pratiques sur l'isolement par le tampon d'ouate et sur l'application de la cautérisation et des poudres absorbantes de quinquina et de charbon dans le traitement des vaginites simples.* Personne n'est mieux en position que notre collègue, pour déterminer les meilleures méthodes de traitement à employer dans ces affections. Il est à même d'en voir un grand nombre, de les observer sous toutes les formes, et d'expérimenter largement les divers agents thérapeutiques. Sa communication est donc pleine d'intérêt, d'autant plus que la vaginite est une de ces maladies dans lesquelles souvent le praticien se trouve embarrassé.

M. Thiry commence par poser la condition d'un diagnostic exact, seul point de départ d'une thérapeutique rationnelle. En effet, si on allait traiter une vaginite granuleuse et virulente, ou une vaginite chancreuse, par les mêmes moyens qu'une

inflammation simple, à coup sûr on échouerait. Le seul moyen d'arriver à un bon diagnostic, c'est l'emploi du spéculum.

La vaginite simple peut être légère ou intense, partielle ou générale; elle peut être bornée aux follicules muqueux, et constitue alors la folliculite vaginale.

Dans la vaginite légère, M. Thiry prescrit d'abord un bain général et un purgatif salin. Ensuite. il applique le spéculum, nettoie la muqueuse enflammée à l'aide d'un pinceau d'ouate, la saupoudre de poudre très-ténue de charbon végétal ou de quinquina, et termine le pansement par l'introduction d'un tampon d'ouate qui reste en place trois à cinq heures. Au bout de ce temps, la femme le retire, fait des injections émollientes ou légèrement astringentes. Au bout de six jours, terme moyen, l'inflammation est guérie. Ce moyen agit à la fois en absorbant les fluides sécrétés, et en isolant les surfaces malades.

Dans la vaginite intense, M. Thiry emploie le même traitement; seulement il fait précéder l'application des poudres absorbantes d'une légère cautérisation, pratiquée en passant rapidement la pierre infernale sur toutes les surfaces phlogosées. Par ce procédé, en huit jours de temps en moyenne, on guérit la maladie.

La folliculite vaginale s'observe ordinairement au col utérin et dans le repli utéro-vaginal; elle est caractérisée par des éminences rouges, coniques, sécrétant un liquide abondant. Le traitement consiste en une cautérisation au nitrate d'argent, faite comme il a été dit précédemment, suivie de l'application des poudres absorbantes et du tampon d'ouate.

La folliculite peut reconnaître pour cause un état lymphatique, ou bien la grossesse. Dans ces cas encore, les poudres absorbantes réussissent parfaitement.

M. Thiry a bien soin de faire remarquer, que, s'il y a quelque diathèse ou prédisposition organique, il faut, indépendamment du traitement local, un traitement général qui s'y adresse. Lorsque la folliculite se développe sous l'influence de l'état scrofuleux, il arrive qu'elle résiste aux moyens énoncés précédemment : alors on réussit souvent par les applications de teinture d'iode sur les surfaces malades.

Cet exposé est suivi de quatre observations destinées à montrer la mise en pratique des procédés indiqués précédemment.

Voilà, Messieurs, les moyens bien simples que notre collègue emploie contre la vaginite simple; ces moyens sont appliqués depuis de longues années dans son service à l'hôpital Saint-Pierre, avec un succès constant : plusieurs d'entre vous ont sans doute eu l'occasion de les y voir mettre en usage, et ont pu s'assurer de leur efficacité. M. Thiry rend donc un véritable service aux praticiens en leur faisant connaître une méthode de traitement à la fois simple et active contre une affection souvent très-rebelle.

En conséquence, Messieurs, nous vous proposons de lui voter des remercîments, et de décider l'impression de son travail dans notre Journal.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de M. Leroy, la Société décide l'impression du rapport.

M. Leroy en son nom et au nom de MM. Gripekoven et Van den Corput, lit le rapport suivant sur un travail de M. Norbert Gille, sur la falsification des aloès.

M. Norbert Gille, pharmacien, répétiteur à l'école vétérinaire de l'État, vous a fait parvenir un travail intitulé : *Note sur les falsifications des aloès.*

Dans ce travail, notre confrère Gille passe en revue les moyens qui sont recommandés pour reconnaître la pureté des aloès du commerce, qui sont l'emploi de l'eau comme dissolvant, et le fer rougi au feu : ce dernier donnant lieu à un développement d'odeur résineuse facilement reconnaissable, lorsqu'une résine se trouve mélangée à l'aloès.

L'emploi de l'eau à son point d'ébullition dissout, sans résidu, l'aloès lorsqu'il est pur; par l'abaissement de température, la solution se trouble et dépose de la matière résineuse.

Maintenue à ce point élevé de température, l'eau seule serait suffisante pour constater d'une manière certaine l'état de pureté de l'aloès; mais le plus léger abaissement de température et l'action prolongée de la chaleur sur lui peuvent donner des résultats différents de ceux qu'on attend.

Frappé de ces inconvénients, notre confrère propose l'usage d'une solution de carbonate sodique contenant de 2 à 3 p. c. de ce dernier, pour remplacer l'eau seule. Pour une partie d'aloès suspect, il prescrit de prendre dix parties de solution sodique; on chauffe en ayant soin de ne pas laisser adhérer l'aloès au fond du vase. La solution s'opère facilement, et par le refroidissement et le repos, elle ne se trouble pas et ne laisse déposer aucun corps étranger si l'aloès est pur.

L'aloès, qui se rapproche des résines par sa nature, se dissout dans l'eau facilement à la faveur du carbonate alcalin et y reste dissout par l'abaissement de température. Il en résulte que le moyen proposé par notre confrère satisfait pleinement.

Toutefois, nous nous permettrons de faire remarquer qu'il est préférable de faire usage d'une solution contenant de 1 à 2 p. c. de carbonate sodique au lieu de 2 à 3 p. c.

Car nous nous sommes assuré qu'une solution à 3 p. c. réagirait sur une portion de la résine étrangère, si l'aloès en contenait et ne permettrait pas de doser avec exactitude la quantité de résine qu'il contiendrait.

La communication de M. Gille faisant connaître un procédé facile pour s'assurer des aloès falsifiés que le commerce nous offre parfois, nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à l'auteur, d'insérer son travail dans le Journal de la Société et de lui conférer le titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées, et M. Gille est proclamé membre correspondant de la Société. — L'impression du rapport de M. Leroy est décidée.

M. Joly introduit dans la salle des séances M. le commandeur Manfrè, professeur de clinique interne à l'université de Naples. M. Dieudonné propose, vu les travaux scientifiques bien connus de M. le commandeur Manfrè, de le nommer membre correspondant. Cette proposition est admise à l'unanimité, et M. Manfrè est, séance tenante, proclamé membre correspondant de la Société.

M. le Président demande si la Commission chargée de l'examen de l'usage des viandes salées de la Plata s'est déjà occupée de cet objet.

M. A. Uytterhoeven Je me suis occupé jusqu'à présent d'obtenir des renseignements sur les moyens de se procurer ces viandes. Le directeur de l'hôpital Saint-Jean a dit qu'il croyait pouvoir en trouver à Anvers; mais le mauvais temps et la difficulté des communications nous ont empêché d'en faire venir. Sur ces entrefaites, j'ai écrit à un de mes amis, négociant à Ramsgate; il m'a répondu que sa maison ne s'occupait pas de ravitaillement, mais uniquement des objets en fer; toutefois il a demandé des renseignements à une maison de Londres qui s'occupe tout spécialement du ravitaillement des navires. On lui a répondu qu'à Londres il n'y avait pas de ces viandes, et que ce serait même une mauvaise spéculation que de les introduire en Europe.

Vous voyez, Messieurs, que ce n'est pas chose si facile de se procurer de ces viandes; il est pourtant bien essentiel d'être sûr de leur lieu de provenance. Partout et de tout temps on a mangé de la viande salée; mais celle de nos contrées n'offre, au point de vue que nous traitons, aucun intérêt; il s'agit de savoir si les viandes qui viennent de l'Amérique peuvent être utilisées.

M. Joly. Sommes-nous sûrs si c'est de la viande de bœuf?

M. Delstanche. Dans tous les cas c'est de la belle viande.

Dans la dernière séance, M. Bigeolet a attaqué le fond de la question, mais il l'a envisagée d'une manière un peu trop absolue. Il a dit que dans notre pays les ouvriers et les campagnards font une consommation assez forte de viande salée, mais qu'il restait à voir si une telle alimentation donnée au peuple ne pouvait pas offrir certains inconvénients, engendrer certaines affections, telles que le scorbut. Je crois qu'il est allé un peu loin. Pour produire ces affections, il faut en donner à satiété, exclusivement. Ce n'est pas ce qui est à craindre ici. Si on introduit ces viandes en Belgique, elles ne seront pas prises en trop grande quantité : au lieu de manger de la viande quatre ou cinq fois par mois, l'ouvrier en mangera deux ou trois fois autant; cela n'ira pas au delà. Du reste, pour produire le scorbut, il ne faut pas seulement de la viande salée, il faut en même temps le défaut d'une alimentation fraîche, végétale, et rien n'empêche de l'y joindre; il est même sûr qu'elle y sera jointe.

Quant au lieu de provenance de ces viandes, je ne le connais réellement pas. J'en ai causé avec un charcutier qui m'a dit que ces viandes venaient de l'Amérique; elles se vendent à un prix inférieur à celui des nôtres. J'ai acquis sur leur action une expérience assez étendue, et je n'ai jamais observé aucun inconvénient résultant de leur usage, même chez des personnes dont les organes digestifs sont susceptibles, chez les phthisiques en particulier, auxquels j'en ordonne souvent.

La Commission doit un peu se hâter, car pour peu que cela dure, nous arriverons à une époque où le résultat de ses recherches aura perdu le mérite de l'actualité.

M. Kops. La nécessité de s'occuper de cette question ne présente pas l'ombre d'un doute. En effet, il est constaté que

la viande devient partout tellement rare, que dans certaines contrées on a été obligé de permettre l'usage et le débit de la viande de cheval. Des lettres que j'ai reçues de l'Autriche m'annoncent ce fait. D'autre part, dans certaines parties de la Russie, en Podolie, en Bessarabie, dans le voisinage des provinces danubiennes, il règne des épizooties tellement épouvantables qu'on craint d'arriver au point où la viande deviendra extrêmement rare.

En opposition avec ces faits, nous voyons à la Plata des quantités de bétail tellement considérables, qu'on y trouve pour ainsi dire des montagnes d'ossements provenant d'animaux tués et abandonnés à la putréfaction. On tue ces animaux uniquement pour prendre leur peau : de la chair, on ne fait pas usage, parce qu'elle est en trop grande abondance. Mais on pourrait l'employer, et il y aurait là de grandes ressources pour le commerce et l'industrie.

On parle beaucoup de l'insuffisance du régime végétal; on le met en opposition avec le régime animal; mais a-t-on fait un tableau comparatif des effets et des résultats provenant de ces régimes? On dit, et on se borne à affirmer, que les hommes doivent manger de la viande pour être forts et bien constitués; pourtant, dans certaines contrées où l'on n'en mange pas, nous trouvons des hommes très-forts. Il en est ainsi dans certaines parties de l'Écosse; c'est même de là que l'on tire les *horse guards*. Il en est encore ainsi dans certaines contrées de la Russie, où l'on voit des hommes de six pieds de hauteur, et où pourtant on se nourrit exclusivement de laitage et de légumes.

M. Henriette. Ces hommes habitent-ils les villes ou les campagnes?

M. Koepl. Ils habitent la campagne.

M. Henriette. Ils ont l'air pur de la campagne, et ils mangent du lait, aliment essentiellement animalisé. Ces conditions n'existent pas dans les villes, et ce sont les populations qui les habitent qui sont les plus misérables, et qui méritent surtout d'exciter l'attention.

M. A. Uytterhoeven. Il ne s'agit pas ici, comme on semble le croire, de connaître le degré d'utilité des viandes salées dans l'alimentation. Il s'agit uniquement de savoir si l'on peut faire usage de ces viandes qu'on nous promet à bon compte. Les Chambres ont décrété leur libre entrée, dans la conviction qu'elles pourraient être utiles. Pour s'en assurer, la première chose à faire, c'est d'obtenir des renseignements certains sur ces viandes, c'est de savoir se procurer des viandes venant de l'Amérique, et non de celles du pays, dont on a mangé de tout temps. Il faut savoir aussi de quelle qualité elles sont et comment elles sont préparées. Je me suis occupé de demander des renseignements positifs sur ces points, et l'on me les a promis. Je me suis donné la peine d'écrire à des négociants anglais qui s'occupent du ravitaillement des navires; j'ai demandé des renseignements à deux maisons; on m'a répondu qu'on ne pouvait m'en donner pour le moment. Du reste, on m'a dit aussi que l'on concevait difficilement que l'on pût saler des viandes à Buenos-Ayres, la chaleur étant tellement intense qu'elles se corrompent de suite.

Voilà où en est la question. Si vous voulez l'élargir, et y faire entrer toutes les viandes salées, vous le pouvez; mais ce n'est pas ainsi que je l'ai comprise.

M. Pigeolet. J'aurais à répondre à MM. Koepl et Delstanche; mais cela nous entraînerait trop loin, et je me réserve de le faire lorsqu'on discutera la question de fond.

M. Seutin. M. Koepl vient de nous représenter l'alimentation végétale comme favorable. Je lui ferai observer que les hommes qui se nourrissent de végétaux peuvent être grands et gros, mais qu'ils ne sont pas les plus forts. A la campagne, on ne mange de viande que les dimanches et les fêtes, quand encore on en mange; mais les paysans se livrent au travail du matin au soir, ils sont constamment au grand air, ils remplissent leur estomac de légumes, de pain, de farineux. Dans ces conditions, ils deviennent gros et gras; mais ce n'est pas là l'homme fort, l'homme qui résiste aux causes de destruction.

On vous a dit qu'en Russie en général on ne mangeait pas de viande. Cela est vrai pour certaines parties; mais il y a des contrées dans le Midi, dans les steppes, où l'on en mange au contraire beaucoup, parce que les buffles y sont très-abondants. Les habitants de ces contrées résistent beaucoup mieux que ceux du Nord, qui se nourrissent de végétaux; ils sont maigres, ils ne sont pas bouffis, comme ces derniers, par suite de l'usage des légumes, de la soupe et des choux. D'autre part, le Français qui mange beaucoup de viande, résiste beaucoup mieux à la fatigue que tous ces hommes de haute taille et de belle corpulence qui se nourrissent de légumes. — Les Écossais ne mangent pas de viande, c'est vrai; mais

ils sont éloignés des villes, ils n'ont aucune des mauvaises habitudes qui règnent dans celles-ci, les excès leur sont inconnus, ils respirent un air parfaitement pur. Ensuite, ces beaux hommes, en Angleterre comme en Russie, ne résistent pas bien à la fatigue; ils sont, je le répète, dépassés par le Français qui se nourrit essentiellement de viande.

Quant aux viandes de la Plata, j'ai eu à traiter un général qui a reçu du gouvernement de Buenos-Ayres de vastes propriétés, dont le revenu consiste entièrement en peaux. On tue ces animaux, qui vivent à l'état sauvage; on enlève la peau; quant à la viande, on y fait des incisions dans lesquels on met un peu de sel, en fort petite quantité, puis on la sèche. Ces viandes constituent un produit accessoire, et se vendent à très-bon marché. On en a expédié dans beaucoup de pays, mais pas dans le nôtre, parce que la viande y est encore trop abondante. Toutefois, s'il y avait disette, on ferait peut-être bien d'en faire venir. Cette viande n'est pas bien bonne; elle est dure et sèche; ce n'est pas de la viande de bœuf; c'est de la viande de buffle, et ces animaux, vivant à l'état sauvage, sont maigres. Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur ces viandes.

(*La fin au prochain N°.*)

V. VARIÉTÉS.

SUR L'INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PÉRIPNEUMONIE EXSUDATIVE.

Le docteur Maurice Reviglio, membre de l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin, y a lu, dans les séances du 18 novembre, 2 et 9 décembre, un mémoire sur l'inoculation considérée comme moyen préservatif de la péripneumonie épizootique de l'espèce bovine, qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° L'inoculation proposée par le docteur Willems est déduite d'observations et d'analogies erronées et même inexactes, et manque en conséquence de tout point d'appui scientifique.

2° Cette inoculation ne possède aucune vertu prophylactique spécifique, c'est-à-dire préservative du prétendu virus pneumonique.

3° La vertu prophylactique qu'on peut lui supposer et que je crois moi-même devoir lui être attribuée, contre l'influence morbide de la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines, n'est pas spécifique ni le produit de l'action d'un virus spécial; elle lui est commune avec l'inoculation de plusieurs autres matières, soit septiques soit thérapeutiques, reconnaît donc une autre cause et doit recevoir une tout autre interprétation théorique que celles indiquées par le docteur Willems.

4° Cette immunité est due probablement à une excitation phlogistique provoquée par les matières inoculées dans les tissus animaux qui sont le siége immédiat de leur application et s'étendant de là aux parties avec lesquelles elles sont en rapport de contiguïté ou de continuité, ou à une irritation artificielle capable de produire un effet révulsif ou dérivatif physiologique suffisant.

5° Les purgatifs salins qu'on emploie habituellement en pareil cas et les moyens hygiéniques appropriés auxquels on a recours, peuvent revendiquer une grande part dans cette immunité, attribuée gratuitement à la puissance préservatrice de l'inoculation d'un virus imaginaire.

C'est à cela que se réduit, à mon avis, l'état de la science à l'endroit de l'inoculation préventive de la pleuropneumonie bovine; et même, si je ne suis induit en erreur par mon faible jugement, ces cinq conclusions, qui découlent nécessairement des faits les mieux constatés et des principes scientifiques les plus inébranlables, contiennent une explication plausible et peut-être même complète d'un problème qui a fait tant de bruit en Europe et n'a pas été résolu plus tôt, parce qu'on s'est malheureusement trompé sur la voie qui seule pouvait y conduire.

DISCUSSION DU NOUVEAU PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR. — Nous avions promis à nos lecteurs de reproduire la discussion qui allait s'ouvrir à l'Académie sur cet important sujet; mais cette discussion ayant eu lieu, contre toute attente, à huis clos, nous devons nous borner à faire connaître ici les décisions qui ont été prises. Dans la séance du 4 février, l'Académie a rejeté le premier paragraphe de l'art. 2 relatif au conseil supérieur, et a adopté le 2e paragraphe du même article qui institue

dans chaque province un conseil médical chargé de tout ce qui concerne la police médicale et la santé publique. Dans les séances des 11 et 12 février, on a décidé que les conseils médicaux seraient nommés par le Roi, et que ces conseils seraient renouvelés par tiers de trois en trois ans. — Puis l'art. 6 relatif au cumul de la médecine et de la pharmacie a été adopté avec l'amendement suivant : « Toutefois, dans les *communes rurales*, les médecins sont autorisés à fournir eux-mêmes les médicaments qu'ils prescrivent. Il en est de même dans les villes où il n'y a pas de pharmacien. — Ceux qui veulent jouir du bénéfice de cette autorisation sont tenus d'en donner immédiatement connaissance au conseil médical. » Enfin, à l'occasion de l'art. 8, on a discuté le principe de la limitation des pharmaciens ; ce principe n'a pas été admis.

Les deux amendements suivants ont été déposés par M. Didot :

« 1° Les médecins sont tenus au secret le plus absolu sur tous les faits qui leur ont été confiés ou qui se rapportent à l'exercice de leur profession.

» 2° Ils n'encourent aucune responsabilité du chef de la pratique de leur art, à moins qu'une faute grave, dûment constatée par le conseil médical provincial, ne constitue un délit ressortissant de la justice commune. »

Ces amendements ont été renvoyés à l'examen d'une Commission.

Dans la séance du 25 février on a adopté les articles 11 à 14 et dans celle du 26 les dernières dispositions du projet de loi. La question qui a donné lieu à la plus longue discussion est celle de savoir si l'on pourra, sans l'autorisation du Conseil médical de la province, annoncer, publier ou faire publier la possession ou la découverte d'un remède ou d'une méthode curative quelconque, ni faire aucune autre annonce relative à l'art de guérir. La Commission proposait de permettre ces publications par la voie des journaux de médecine. La question a été résolue négativement avec l'exception proposée par la Commission.

La discussion du projet de loi relatif au service médical des pauvres a été renvoyée à la séance ordinaire de mars.

Emploi des feuilles de frêne contre le rhumatisme. — Les feuilles de frêne devenant tous les jours d'un usage plus général dans le traitement du rhumatisme, et plusieurs pharmaciens n'ayant pas encore ces feuilles dans leur officine, nous les engageons à s'en approvisionner au mois de juin ou juillet prochain, époque la plus favorable pour la récolte.

Notre collaborateur M. Leroy vient d'être nommé membre de la Commission médicale provinciale du Brabant, en remplacement de feu l'honorable De Hemptinne.

Prix proposé par la Société de médecine de Caen. — « Exposer d'une manière générale et sommaire les progrès réels qu'a faits l'art de guérir depuis le commencement de ce siècle, spécialement sous le rapport de la pratique ; faire de ces progrès une appréciation judicieuse fondée sur l'expérience, et indiquer ceux qui restent le plus à désirer. » — Le prix est une médaille d'or de 300 francs.

Les mémoires écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés dans les formes ordinaires à M. Etienne, secrétaire de la Société, avant le 1er mars 1855.

Prix proposé par la Société de médecine de Nîmes. — « Quels sont les moyens thérapeutiques qui, employés dès le début dans les fièvres graves, peuvent le plus sûrement en enrayer la marche. » — Prix une médaille d'or de 200 fr. — Les mémoires devront être envoyés franco, selon les formes académiques, avant le 1er mars 1855, au siége de la Société, Hôtel-de-Ville, à Nîmes.

NÉCROLOGIE.

M. J. F. C. De Jongh, pharmacien, diplomé le 25 février 1816, est mort à Anvers le 16 janvier à l'âge de 68 ans, à la suite d'une courte maladie. — Peu de jours après, le 25, est mort subitement dans cette même ville, et à l'âge de 45 ans, M. Jos. Michiels, pharmacien et chimiste distingué ; il était secrétaire de la Commission médicale locale, et avait été l'importateur de la galvanoplastie en Belgique. Son diplôme datait du 7 juin 1834.

Le 5 février est mort M. le docteur De Preter, médecin distingué, à Aerschot.

M. le docteur Nacquart, président de l'Académie de médecine de Paris, est mort le 20 février à l'âge de 74 ans, par suite d'une pneumonie compliquée d'une affection du cœur. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un nombreux concours de médecins et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie, et par M. Boys de Loury, au nom de la Société de médecine de la Seine.

JOURNAL DE MÉDECINE.

(AVRIL 1854.)

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

TRAITÉ PRATIQUE DES HYDROPISIES DES GRANDES CAVITÉS CLOSES; *par* M. LERICHE, *docteur en médecine, à Lyon.* (*Suite et fin. Voir notre cahier de mars,* p. 199.)

3me OBSERVATION. — *Opération de l'empyème, injection iodée, guérison.* (MM. GARREAU, médecin ordinaire et LEGOUEST, chirurgien aide-major de l'hôpital de Milianha.)

Si la plupart des médecins sont fixés sur la nécessité de la thoracenthèse dans certaines circonstances, ils sont loin d'être d'accord quant à l'opportunité des injections irritantes dans la cavité des plèvres. Quelques-uns les proposent, mais timidement; d'autres en plus grand nombre les blâment avec sévérité. Nous venons nous inscrire contre toute proscription absolue et relater un succès par la ponction du thorax et l'injection iodée dans un cas d'épanchement de la plèvre.

Le nommé Carrier, négociant, âgé de 32 ans, brun, d'une bonne constitution, est atteint de pleuropneumonie droite, à Alger, le 1er mars 1847 : traitement antiphlogistique; saignées, sangsues; disparition du point de côté. Carrier quitte Alger à peine convalescent, et se rend à Téniet-el-Haad : fatigue, froids excessifs dans la montagne. Réveil de la phlegmasie et de son cortége de symptômes; fièvre ardente, décubitus latéral. Sangsues, ventouses, larges vésicatoires; amélioration rapide de l'état du malade, qui sollicite avec instance et obtient sa sortie de l'hôpital après 15 jours de traitement.

Carrier est un homme d'un tempérament à part, d'un moral tellement ferme qu'aucune circonstance peut-être ne pourrait l'ébranler; si son complet mépris de la douleur et du danger l'a porté plusieurs fois à fuir prématurément le repos de l'hôpital et les secours de la médecine, ce même sentiment stoïque a aussi eu l'avantage, à notre sens, de lui sauver la vie; aussi émettons-nous le doute, que sans l'appui d'un élément moral exceptionnel, les efforts de l'art eussent été couronnés de succès.

Rechute en juin, 17 jours d'hôpital, même traitement, retour à Milianha. Quelle était au juste la position de Carrier au moment de sa seconde sortie de l'hôpital de Téniet-el-Haad? Nous l'ignorons, ne possédant que les renseignements généraux qu'il a pu nous fournir lui-même. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il souffrait encore de son côté droit, et qu'il ne pouvait se débarrasser de son oppression ni de sa langueur, ni d'un œdème fugitif des extrémités.

Entré à l'hôpital de Milianha en juillet dans le service de M. Rossignol, deux mois et demi de séjour; ici le diagnostic devint plus clair et plus précis. Nous le résumons d'après le cahier de visite et les renseignements des aides qui ont suivi l'officier traitant; épanchement considérable et présumé sanieux; oppression, palpitations, décubitus latéral, pas de fièvre, matité fort étendue et variant peu, quelle que soit la position du malade; murmure respiratoire faible et profond : tels sont les traits principaux de la maladie et les seuls que nous puissions recueillir; ventouses, plusieurs vésicatoires, administration du kermès et des diurétiques; quelque peu d'amélioration. Carrier veut absolument sortir et être traité chez lui : prompte rentrée à l'hôpital; oppression considérable, névralgie intercostale intense, accès de fièvre la nuit. M. Garreau prend le service, et est encore forcé d'accéder aux désirs de Carrier qui veut encore essayer des soins à domicile. Enfin le malade revient une dernière fois à l'hôpital le 8 décembre 1847. A dater de ce moment, nous pouvons relever avec toutes les garanties possibles d'authenticité, les moindres circonstances de son histoire.

Augmentation du côté droit d'un peu plus de deux centimètres, suffocation ; le malade ne peut respirer qu'avec le corps incliné en avant et à droite ; face pâle, bouffie, œdème des paupières, des joues, du scrotum, des extrémités, sauf à la partie interne et supérieure ; absence du bruit respiratoire dans les 4/5 inférieurs du poumon droit, faible murmure à partir du sommet de la cage thoracique jusqu'au niveau de la troisième ou quatrième côte.

Le changement de décubitus ne paraît pas déplacer les liquides, et les secousses imprimées ne font point entendre le flot. Cet état s'aggrave rapidement; palpitations, extrême anxiété, sueurs froides, syncope menaçante, fièvre continue avec redoublement la nuit; à la partie postérieure et inférieure du thorax du côté droit, une large tumeur soulève les côtes et se développe avec rapidité ; bientôt le pouls devient inégal, petit, très-fréquent ; la face revêtit une teinte vineuse, le cœur a changé complétement de rapports ; ses battements irréguliers ne sont plus saisis que du côté gauche par l'auscultation qui nous l'indique refoulé et considérablement remonté sous la mamelle du même côté.

Il n'y a plus à hésiter, l'asphyxie est imminente en même temps que l'infection purulente. Nous nous décidons à évacuer le liquide par la thoracenthèse ; donner issue au liquide, telle est, ce nous semble, en pareille circonstance, l'indication pressante et l'unique voie de salut. On est surpris de voir encore quelques auteurs sérieux ne pas oser prévoir un cas dans lequel la thoracenthèse devrait être conseillée.

Quoi qu'il en soit, nous nous décidons, vu la faiblesse du malade et l'ampleur de l'épanchement, à opérer par la méthode de Dupuytren, c'est-à-dire par évacuation successive. D'ailleurs, nous n'avions pas de baudruche à notre disposition, et, prévenu par les doctrines de l'école, il nous paraissait important d'empêcher l'introduction de l'air dans la cavité des plèvres ; nous nous sommes aperçu depuis que l'introduction de l'air ne devait pas produire chez Carrier les accidents que redoute la théorie.

M. Legouest fait une première ponction à l'aide du trois-quarts au lieu d'élection : évacuation de deux ou trois litres d'un pus sanguinolent, trouble, grumeleux et fétide ; pansement ordinaire, le malade respire un peu mieux, la respiration se régularise, le cœur commence à se rapprocher de sa situation normale ; cependant une toux sèche et quinteuse se développe dans la soirée et fatigue terriblement l'opéré : potion calmante ; pendant la nuit la toux augmente, le malade ne respire plus, il arrache son bandage et se sent revenir à la vie à mesure qu'une énorme quantité de pus s'écoule par l'ouverture pratiquée.

A la visite du matin, nous le trouvons baigné dans plusieurs litres de liquide, mais satisfait et calme, dans un état de bien-être inconnu depuis longtemps ; il nous suffit de ne pas fermer la plaie qui, à chaque mouvement, laisse échapper de nouveaux flots de matière purulente et rougeâtre. Nous favorisons l'écoulement par la position du malade, et pour empêcher qu'une nouvelle accumulation ne donne naissance à des accidents analogues à ceux de la nuit, nous pansons avec une tente et un large gâteau de charpie : léger potage, limonade vineuse, potion avec l'extrait de quinquina. Le pansement se dérange quelque peu dans la soirée, et à la visite du lendemain, nous trouvons la plaie fermée : pouls relevé, toux quinteuse, respiration pénible du côté gauche, murmure et respiration assez sensible dans le quart supérieur du poumon droit.

Mêmes prescriptions alimentaires, décoction de quinquina pour boisson, potion avec 40 grammes d'oxymel scillitique ; deux jours se passent, la plaie n'est plus seulement fermée, mais elle est cicatrisée.

L'anxiété revient peu à peu, augmente et bientôt Carrier présente des symptômes et des accidents plus graves qu'avant la ponction, le contact des vêtements lui est devenu insupportable, il se met à nu et reste à découvert sur son lit.

Le décubitus quel qu'il soit est impossible, accroupi sur les genoux, la tête basse et reposant sur les bras appuyés sur le traversin, le malade passe ainsi des heures entières.

Une nouvelle tumeur soulève les téguments un peu au-dessous du siége de la première.

Nous nous empressons de donner de nouveau issue au liquide, et de le laisser couler librement ; le pansement est approprié à ce but, soulagement notable.

Pendant 48 heures, la matière purulente sort de la poitrine avec tant d'abondance, que notre malade n'est guère menacé de mort par asphyxie, mais sur le point de succomber par épuisement.

Il est trop clair qu'une vaste membrane pyogénique entretient cette sécrétion morbide exagérée, à laquelle Carrier ne saurait résister longtemps.

Dans ce péril extrême, M. Legouest propose de pousser, dans la cavité de la plèvre, une injection iodée au 10e de 125 grammes de liquide, seulement de manière à n'agir sur une vaste surface que par l'évaporation de l'iode. Après quelques hésitations, l'injection est adoptée et pratiquée : la plus grande partie du liquide est retirée par la sonde

de femme dont on s'est servi pour l'injecter. Au pansement du soir, 5 heures après l'opération, le pus se montre plus consistant, plus lié, moins rouge, un peu moins abondant, le pouls qui était devenu filiforme se relève; nous soutenons les forces du malade avec quelques cuillerées de potage au vin sucré. Pendant la nuit et tous les jours suivants survient un écoulement d'une sérosité roussâtre entraînant avec elle des flocons blancs et tomenteux, la fétidité a disparu. Le surlendemain, nouvelle injection, vu l'état stationnaire de l'écoulement. Le malade, pendant le séjour du liquide iodé (15 secondes) éprouve une douleur des plus vives dans l'hypocondre du côté malade, on s'empresse de donner issue au liquide irritant, et la douleur se calme peu à peu.

L'écoulement continue pendant six semaines, diminuant progressivement d'abondance, et le liquide sécrété prend de jour en jour plus de limpidité; l'état général du malade que nous cherchons à relever par les toniques, éprouve de nombreuses intermittences de bien et de mal aiguisant notre espoir et nos craintes; enfin les forces reviennent, la fièvre tombe et la plaie se cicatrise deux mois après la seconde ponction.

Réflexions. — Cette observation nous montre encore que l'introduction de l'air dans la poitrine n'a que peu d'influence et que l'iode est venu modifier heureusement l'état morbide de la plèvre; on pourrait même ajouter qu'elle s'est montrée même dans ce cas un des meilleurs antiputrides qu'on puisse rencontrer, puisqu'elle a fait cesser la mauvaise odeur qu'offrait ce pus.

4e Observation. — *Pleurésie avec épanchement.*

J. L. Brulon, commis dans une maison de papeterie, demeurant rue Bichat, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, tempérament lymphatique sanguin, né de parents sains et jouissant encore d'une bonne santé, n'avait éprouvé lui-même jusqu'à cette époque, que de légères maladies aiguës.

Au mois d'août 1850, il fut atteint pour la première fois, sans cause appréciable, d'une douleur vive dans le côté droit de la poitrine au-dessous du téton, qui l'empêchait de respirer; il se mit au lit, et sa mère, pensant que ce n'était qu'une douleur passagère, le fit transpirer en le tenant très-chaud dans son lit et lui administrant des boissons chaudes; la transpiration fut très-abondante, mais la douleur persista et la toux même eut lieu. Le lendemain, on recommença les mêmes moyens sans obtenir plus de succès. Enfin, le troisième jour de la maladie seulement, on vint me chercher; le 8 août, à notre première visite, voici dans quel état nous avons trouvé le malade : douleur vive à la région mammaire, fixe, augmentant par la toux et les inspirations, dyspnée, oppression, la respiration est courte, toux sèche. L'auscultation fait reconnaître que le bruit respiratoire est diminué, la percussion donne une légère matité, surtout à la partie inférieure de la poitrine; la voix a un timbre particulier, criard; nous ne reconnaissons pas d'égophonie proprement dite, soif, inappétence. Le malade est couché sur le dos, craignant de se remuer, à cause des douleurs de côté.

La réaction fébrile est assez forte, le pouls à 90 pulsations; — diagnostic : Pleurésie avec commencement d'épanchement.

Prescription : Saignée du bras de 400 grammes. — Quatre heures après application de 15 sangsues sur le point douloureux; infusion de fleurs béchiques; diète absolue. — Le 9, le malade est à peu près dans le même état, la nuit a été assez mauvaise, la difficulté de respirer a augmenté. Cependant, la douleur est moins vive, la soif moins ardente; le pouls est toujours à 90, mais moins tendu, il n'y a pas eu de selle depuis quatre jours, les phénomènes sthétoscopiques sont les mêmes. *Prescription :* Lavement laxatif, même boisson, 10 sangsues sur le point douloureux; cataplasmes de farine de lin.

Le soir, je revois le malade, il présente à peu près les mêmes phénomènes que le matin; je profite de quatre piqûres de sangsues saignant encore, pour appliquer quatre ventouses sur le point douloureux; la fièvre avait diminué, la soif était moins intense.

Le 10 août, le malade a passé une nuit agitée, l'oppression est plus considérable, la fièvre est presque nulle; la matité a augmenté d'une manière sensible; à l'auscultation, on perçoit d'une manière très-distincte l'égophonie, surtout le long du rachis. La toux n'a pas augmenté de fréquence, les crachats sont toujours muqueux comme dans les premiers jours; la douleur de côté est presque insensible.

Prescription : Un large vésicatoire camphré sur la partie latérale de la poitrine, tisane de chiendent miellée.

Le 11 août, les phénomènes sont à peu près les mêmes; entretien du vésicatoire; mêmes prescriptions.

Le 12 août, même état. L'oppression est toujours très-grande. Les phénomènes sthétoscopiques sont les mêmes. La matité s'étend jusqu'au tiers supérieur de la poitrine. Le pouls est toujours accéléré, 95 pulsations, mais faibles. Entretenir le vésicatoire. Tisane de fleurs béchiques avec miel scillitique.

Le 16 août, il semble que les phénomènes d'épanchement ont diminué. Mêmes prescriptions. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 18 août, le purgatif a produit plusieurs selles séreuses, la respiration est très-difficile, la matité toujours très-marquée; on n'entend presque pas la respiration; la poitrine est manifestement dilatée du côté malade; nuit mauvaise, agitée; le malade a pris une teinte pâle. *Prescription* : Eau de Sedlitz.

Le 26 août, le malade est toujours dans le même état, il y a même un peu d'œdème aux jambes. Mêmes prescriptions.

Le 28 août, je place un séton sur la poitrine. — Le 1er septembre, je ne constate rien de nouveau du côté de la poitrine, excepté que l'épanchement semble plutôt augmenter. La poitrine, du côté malade, est plus développée, il y a aussi comme de l'empâtement dans les téguments. Est-ce l'inflammation du séton qui a produit ce phénomène? La respiration est toujours très-difficile; le malade accuse une douleur à l'épigastre.

Je donne de la tisane de poulet et continue les boissons diurétiques; le pouls est faible et fréquent.

Le 13 septembre, le malade m'envoie chercher à la hâte. Les parents sont effrayés, depuis le matin, il ne peut plus respirer. Je le trouve avec une sueur froide sur tout le corps. Le pouls est à peine sensible, la poitrine est mate dans toute son étendue. Dans un cas aussi extrême, je ne vois qu'une chance de salut, c'est de donner issue au liquide contenu dans la poitrine, le moment est pressant. J'avertis les parents de l'imminence du danger, et je me décide à pratiquer la thoracenthèse après avoir déterminé le quatrième espace intercostal. J'incise les téguments avec une lancette, seul instrument que j'eusse sur moi, et un liquide séreux citrin sortit. La quantité peut en être évaluée à six litres; je laissai les téguments, que j'avais eu le soin de refouler en haut, revenir sur eux-mêmes, et pansai à plat avec un gâteau de charpie. — Le 14 septembre, la nuit a été assez bonne, plusieurs heures de sommeil, ce qui n'était pas arrivé depuis plus de quinze jours; à l'auscultation, on reconnaît que le poumon recommence à reprendre ses fonctions; la poitrine est sonore dans toute son étendue; il y a toujours de temps en temps une petite toux qui fatigue le malade; le pouls s'est relevé, la face est meilleure, il n'y a plus cette anxiété qu'on rencontrait les jours précédents. Les linges qui ont servi au pansement d'hier, sont trempés par la sérosité qui n'a cessé de couler par la plaie. Je prescris des bouillons de bœuf et de la tisane de lichen comme tonique.

Le 15 septembre, même état qu'hier, mêmes prescriptions. — Le 18 septembre, la plaie s'est fermée dans la nuit, il y a eu un peu d'oppression sans trop de fatigue; à la percussion, on reconnaît un peu de matité à la partie inférieure de la poitrine. On déplace facilement le liquide, je prescris un large vésicatoire sur la partie latérale de la poitrine, pensant qu'on pourrait encore obtenir, par ce moyen, la résorption du liquide épanché; je donne aussi de légers diurétiques. Bouillon de bœuf.

Le 24 septembre, le vésicatoire n'a pas amené les résultats que nous pensions en devoir obtenir. La sécrétion séreuse se fait toujours dans la cavité pleurale. L'oppression est considérable, le pouls s'est affaibli. Les nuits sont moins bonnes, du reste aucun mouvement fébrile ne semble se manifester. Le malade demande qu'on le débarrasse de son oppression.

Je temporise, conseillant encore des diurétiques, tels que le vin scillitique opiacé, de légers purgatifs; aucune amélioration ne se présente. Alors, le 8 octobre, je me décide à donner issue au liquide contenu dans la poitrine, mais en même temps, comme j'avais la conviction qu'aucun moyen auxiliaire ne viendrait agir assez efficacement pour faire cesser cette habitude sécrétoire (qu'on nous passe cette idée), je résolus de chercher à guérir radicalement l'hydropisie de poitrine comme je l'avais fait de certaines ascites de l'abdomen. En conséquence, après avoir évacué le liquide de la poitrine qu'on peut évaluer à deux litres environ, et dont les dernières portions étaient troubles, je fis une injection avec : teinture d'iode 16 grammes; eau 100 grammes; iodure de potassium, 2 grammes. J'employai d'abord la moitié du liquide, puis après avoir fait prendre au malade diverses positions de manière à ce qu'il y eût le plus de surface possible qui se trouvât en contact avec l'injection, j'en laissai sortir une grande quantité, puis j'injectai le reste du liquide comme la première fois, en prenant les mêmes précautions pour

en laisser le moins possible dans la cavité de la poitrine, et pansai à plat la plaie. Je prescrivis le repos et une boisson émolliente.

L'injection détermina une douleur excessivement vive dans toute la poitrine, mais elle ne fut pas de longue durée; la seconde injection fut moins douloureuse, mais la douleur persista plus longtemps; c'est ce qui me fit prescrire un grain d'opium pour la nuit et un cataplasme de farine de lin sur le côté malade de la poitrine.

Le 9 octobre, la nuit a été bonne, il y a eu un peu de sommeil et une diurèse extraordinaire, le malade accuse un goût de poisson dans la bouche, circonstance qu'il faut rattacher à l'absorption de l'iode; il sent, dit-il, une chaleur assez vive dans le côté, mais qui est loin de le fatiguer. La plaie a laissé suinter un peu de sérosité teinte par l'iode. Le pouls, quoique faible, est assez régulier, 80 pulsations; la respiration semble se faire assez bien, on entend un peu de râle crépitant vers la base du poumon. Mêmes boissons, bouillon.

Le 10 octobre, la journée a été un peu agitée; le malade éprouve un malaise général; les urines sont plus rares et un peu colorées; il y a un peu de soif; la peau est un peu plus sèche qu'hier. Il n'y a point eu de transpiration; le pouls est toujours à 80 pulsations; la douleur de la poitrine est assez vive, surtout lorsque le malade se remue dans son lit; la plaie a à peine taché le linge. Prescription : Cataplasmes de farine de lin sur le côté malade de la poitrine. Mêmes boissons.

Comme il n'y a pas eu de selles depuis quatre jours, on donna un lavement laxatif.

Le 11 octobre, nuit meilleure; la peau est moins sèche, les urines ont coulé assez abondamment, citrines; la douleur de la poitrine est moindre; la plaie a laissé couler une matière légèrement teinte, assez abondante. Prescription : boissons diurétiques. Je cesse l'emploi des cataplasmes; bouillon de bœuf.

Le 12 octobre, amélioration sensible; expression de la face bonne; le malade dit qu'il se sent mieux. Il n'y a qu'une légère gêne dans la poitrine; à l'auscultation, on s'aperçoit que le poumon fonctionne normalement, cependant il me semble reconnaître comme une espèce de frottement; la plaie laisse couler une matière séreuse. Mêmes prescriptions.

Le 15 octobre, l'état du malade reste le même, il demande à manger, on lui donne un potage; le lendemain, léger laxatif; 15 grammes de sulfate de soude dans du bouillon maigre.

Le 18 octobre, le malade se trouve mieux; ses forces reviennent, il demande à se lever; la respiration est libre; la plaie se ferme, c'est à peine si les linges sont tachés. Le laxatif a procuré deux selles, le sommeil est presque normal; le pouls est à 70 pulsations; il n'y a plus de toux; la peau est bonne. Potage, un œuf à la coque.

Le 24 octobre, la convalescence est complète; le malade mange, se lève trois heures par jour sans se fatiguer; la plaie de la poitrine est cicatrisée; je continue l'alimentation et cesse toute médication.

Le 29 octobre, je vois le malade qui continue de bien aller.

Deux mois après la guérison, la mère du malade fut atteinte d'une gangrène à la bouche. M. le professeur Bonnet, que nous fîmes appeler en consultation, vit le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, et put constater le résultat que nous avions obtenu.

TABLEAU COMPARATIF D'UN CERTAIN NOMBRE D'ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES COMBATTUS PAR LA THORACENTHÈSE, AVEC INDICATION DES RÉSULTATS.

Noms des auteurs.	Nombre des espèces.	Guéris.	Soulagements.
Miot.	1	1	0
Mireau.	1	1	0
R. Faure.	8	2	6
Monneret et Fleury.	66	49	17
Laveran.	1	1	0
Jacquot.	1	1	0
Barby.	2	1	1
Legouest.	1	1	0
Molinard.	1	0	0
Davies.	16	12	4
Hugues. A.	20	7	0
Hamilton Roe.	24	18	0
Leriche.	2	2	0
Totaux.	144	96	28

Bien que ces documents manquassent de la précision nécessaire dans une question aussi grave, nous avons cru devoir les donner pour aider à élucider la question.

Si, aujourd'hui, nous venons proposer les injections iodées dans l'hydropisie de poitrine, deux raisons nous y ont déterminé : d'abord l'application de la loi que nous avons établie que, pour guérir les collections séreuses, il y avait nécessité d'employer une autre médication que celle qu'on s'était borné à faire jusqu'aujourd'hui, et que l'injection iodée était le meilleur modificateur en pareil cas; qu'enfin, cette pratique venait confirmer ce que nous avons dit sur cette espèce de fantôme qu'on s'était fait du prétendu danger de mettre des substances irritantes en contact avec les grandes séreuses. Enfin, l'exemple de M. Legouest pourra nous encourager dans nos essais.

Des injections iodées dans le péritoine ou du traitement de l'ascite par ce moyen.

En 1850, nous avons publié un opuscule sur l'emploi des injections iodées; nous avions eu le soin d'attribuer la première tentative de ce genre à M. Dieulafoy, de Toulouse, et c'est en feuilletant le compte-rendu des séances de l'Académie de médecine que nous avons trouvé que M. Fontaine était venu tout simplement rapporter le fait, fait qui avait soulevé un orage épouvantable au sein de la savante compagnie; car aujourd'hui même nous n'avons encore rien vu qui ait été publié par le savant médecin de Toulouse à ce sujet. C'est donc nous qui, le premier, avons fait quelques recherches et les avons livrées à la publicité.

Si nous insistons sur ces détails, c'est qu'il est vraiment étrange de voir comment s'écrit l'histoire de nos jours, alors même que les faits se passent sous les yeux des auteurs. C'est ainsi que la *Gazette des hôpitaux*, du 9 octobre 1852, attribue à M. Boinet l'application des injections iodées au traitement de l'ascite; n'est-ce pas vraiment quelque chose d'exorbitant lorsque, par exemple, en 1850, nous avons publié dans *l'Union médicale* un long mémoire sur le traitement des hydropisies ascites par ce moyen, et dans lequel nous avions spécifié les ascites qui pouvaient être traitées sûrement par cette méthode? Malgré cela, dans le 3e paragraphe de l'article que nous citons, on dit : « C'est à M. Boinet que revient *l'honneur*, non d'avoir proposé cette méthode, mais d'en avoir favorisé la diffusion. » Plus loin, dans un autre paragraphe, après avoir rapporté les tentatives de diverses injections irritantes faites dans le péritoine, avec plus ou moins de succès, on dit : « Ces essais divers *ne devaient être élevés à la hauteur d'une méthode curative*, que par MM. Boinet et Dieulafoy. » Nous le demandons de bonne foi, qu'avaient donc de commun les travaux de M. Dieulafoy avec celui de M. Boinet? Le médecin de Toulouse a fait une injection directement dans le péritoine, et M. Boinet, plus tard, en fit une pour un abcès de la fosse iliaque. Quelle corrélation y a-t-il entre un abcès par congestion et une hydropisie ascite? Y a-t-il ici le moindre rapprochement à faire? agir ainsi, n'est-ce pas vouloir sciemment renverser toute espèce d'idées de suite et de notions du juste? N'est-il pas étrange de voir que l'article de M. Humbert, tout en nous citant dans l'histori-

que, le fait de manière à faire croire que tout l'honneur en revient toujours à M. Boinet, alors que, au mois de mai 1850, nous expérimentions, c'est-à-dire que nous démontrions l'innocuité des injections iodées dans le péritoine, sur des malades à l'Hôtel-Dieu, appartenant au service de M. Devay? Partout il en est de même : ainsi, nous voyons dans le *Bulletin de thérapeutique* du mois de septembre, un mémoire sur les injections iodées dans le péritoine, fait par un interne de l'hôpital de Bordeaux ; notre nom n'est pas même cité une seule fois, tandis que celui de M. Boinet apparaît au premier rang.

Ce sont des futilités, je le sais; aussi ne nous en sommes-nous occupé que dans l'intérêt de la vérité des faits, laissant à l'avenir le soin d'accorder la part qui revient à chacun.

Avec Copland et la plupart des auteurs modernes, nous entendons par hydropisie ascite l'accumulation, dans la cavité du péritoine, de la sérosité en quantité variable.

Sans nous arrêter aux divisions de Sauvages, de Cullen, qu'une appréciation plus rigoureuse des faits doit faire rejeter comme n'étant plus en rapport avec les progrès de la science, ni à la restriction de Boisseau, dont le cadre est évidemment incomplet, nous entendons par hydropisies ascites idiopathiques, toutes celles qui ne sont pas dues à un obstacle à la circulation, qu'elles soient asthéniques, ou symptomatiques d'une lésion du péritoine. Du reste, dans l'acception du mot dont nous nous servons, nous n'avons qu'un but, c'est de faire comprendre à quel genre d'affections nous appliquons ce traitement.

Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler ici de l'ascite hydatique ni de l'ascite enkystée ou ensachée, ni de l'hydropisie du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, des reins, etc., dont les caractères physiques offrent souvent l'analogie la plus frappante avec l'ascite péritonéale, ni de l'hydromètre et de certaines tumeurs des ovaires ou des trompes qui peuvent être rangées dans la même catégorie ; ce qui ne veut pas dire que nous regardions comme une *impossibilité absolue* de guérir certaines ascites ayant pour cause un obstacle à la circulation.

Dans le traitement de l'hydropisie, il est encore des points de doctrine qui sont loin d'être résolus : ainsi, les uns veulent qu'on donne le moins de boisson possible, et plusieurs fois j'ai rencontré, dans des consultations, d'honorables confrères soutenir cette opinion, mais je l'avoue, ils ne m'ont jamais convaincu par leurs raisons. Chez eux, j'ai la conviction intime que c'était un article de foi, comme on le dirait en matière de religion ; ils continuaient les idées qu'ils avaient reçues de leurs maîtres, sans les avoir soumises au raisonnement et aux progrès qu'avait faits la science pour éclairer une semblable doctrine. Cependant Hippocrate et Galien avaient préconisé l'usage abondant des boissons; ainsi, dans le livre *De internis affectibus*, Phippo recommande, dans l'hydropisie ascite ayant pour cause l'usage de l'eau de citerne, de se gorger de l'eau même qui a occasionné la maladie, de manière à exciter une diarrhée considérable ; c'est un des moyens les plus certains de rétablir la santé. Galien, dans le livre *de Remediis facilè curabilibus*, recommande l'eau de chiendent aux hydropiques.

De nos jours nous voyons encore la même pratique; ce sont des diurétiques

énergiques souvent associés à des purgatifs drastiques, tels que la gomme-gutte, que M. Abeille a recommandés de nouveau car Bosquillon, les avait déjà recommandés. Nous-même, nous en avons fait plusieurs fois usage sans en obtenir plus de succès que par les autres moyens. Du reste, il y a, dans le traitement des hydropisies essentielles, tellement de bizarreries, de choses inexplicables, que tel médicament qui nous a réussi aujourd'hui, demain ne produira rien ; ainsi, un jour, nous avons obtenu un succès marqué avec de la digitale, une autre fois avec les purgatifs ordinaires, et ce que disait Bosquillon à propos des purgatifs employés de son temps, est encore vrai de nos jours : « L'on a cru, dit-il, que » les purgatifs les plus forts jouissaient d'une vertu spécifique, mais il est dé» montré aujourd'hui qu'il n'en existe point de tels. » Georges Bacher, qui a joui d'une si grande réputation pour le traitement des hydropisies, le faisait au moyen de pilules dont il a laissé la formule, et qui ont pour base l'ellébore noir ; était-ce bien à ces pilules que Bacher devait cette réputation ? Il me semble qu'il est permis d'en douter, car nous sommes loin d'observer les merveilles que produisait ce médicament dans les mains de son auteur. Ne faudrait-il pas plutôt rapporter ces succès à un autre usage, celui de faire boire abondamment de l'eau à ses malades ? Le docteur Milman, qui a introduit cette pratique en Angleterre, dit qu'il ne l'a fait que d'après les succès qu'il en a vus en France entre les mains de Bacher.

Il faut donc, d'après ce fait historique, diminuer la réputation des fameuses pilules dites toni-purgatives de Bacher, que quelques praticiens s'amusent encore à prescrire.

Après les médications dites internes, on est arrivé aux frictions de toute nature, aux onguents, aux pommades, aux teintures, aux vésicatoires, et tout cela a été mis en usage sans plus de succès. Enfin, sont venus les moyens du ressort de la chirurgie ; on a commencé par les mouchetures, les incisions, etc. Dans les temps les plus reculés, Parias conseilla la compression graduée ; cette méthode s'emploie encore de nos jours ; il faut arriver à celle-ci pour trouver l'emploi des instruments pour évacuer le liquide des ascites. Du temps de ce docteur, il semble que cette méthode était déjà répandue, car voici comment il s'exprime, chap. 15 : « *Quidam autem sub umbilico, fere quatuor interpositis digitis a sinistra parte, quidam ipso umbilico perforato, etc.* » Après avoir décrit le procédé opératoire, il conseille d'évacuer le liquide au moyen d'une canule qu'on laisse dans la plaie en bouchant son orifice extérieur. Après cette époque, cette opération s'est perdue, car vous trouvez dans les anciens auteurs des observations qui viennent prouver que les blessures du ventre chez des hydropiques ont amené la guérison, par l'évacuation des eaux qui s'étaient produites ; elles sont présentées de telle manière qu'on croirait, en les lisant, qu'une opération qui viendrait remplacer ce que le hasard a fait observer, serait un bien pour la science. On a aussi conseillé l'emploi des caustiques avant d'arriver jusqu'au péritoine. Ambroise Paré donne la préférence à cette pratique. Enfin, du temps de Dionis, on est arrivé à se servir d'un trois-quarts ; puis Petit est venu, qui, en adaptant une canule au trois-quarts, en a fait un instru-

ment complet. Dans le même moment s'est aussi résolu cette question : à savoir s'il fallait laisser à demeure un corps étranger dans la plaie pour laisser écouler le liquide, ou bien fermer la plaie de suite et revenir à cette opération autant de fois que cela était nécessaire. Cette dernière pratique a prévalu et est encore celle qu'on suit maintenant; on a essayé de faire des ponctions multipliées, soit en employant l'acupuncture, comme M. Velpeau l'a conseillé, soit en se servant d'un sac de baudruche, d'après le conseil de M. Delmas. Ces moyens ayant été reconnus inefficaces, on n'en a pas moins poursuivi l'idée de parvenir à guérir l'ascite par des moyens purement chimiques, c'est-à-dire par une inflammation substitutive.

Des praticiens ont conseillé d'agir directement sur le péritoine; ils ont imaginé de pousser des injections irritantes après la ponction comme on l'avait fait dans l'hydrocèle. De loin en loin des médecins ont employé cette méthode parfois avec succès. De nos jours M. L'homme, de Château-Thierry, a poussé dans le péritoine des vapeurs vineuses. M. Van Roosbroeck de Louvain et Broussais, après lui, ont injecté le gaz oxydule d'azote, et ont eu à se louer de cette médication. Voici comment l'auteur emploie cette méthode : On met 8 grammes d'ammoniaque dans une fiole de verre, à laquelle on a adapté une vessie à robinet, on lute l'appareil et on le place sur la flamme de la lampe à alcool; on délute, et quand le tout est refroidi, on place le robinet dans la canule du trois-quarts, et l'on procède à l'injection (Velpeau). En 1833, M. Jobert de Lamballe a pratiqué deux fois l'injection d'un mélange d'eau et d'alcool dans le péritoine de femmes affectées d'hydropisie ascite et elles ont guéri. (*Lancette franç.*, tome 7, nos 70 à 73; FABRE, *Diction.*, tome 1er).

Enfin, on est arrivé à faire des injections moins irritantes, et on a injecté de l'eau tiède, comme on va le voir dans l'observation suivante :

Charles Mounier, âgé de 40 ans, de forte constitution, entré à l'hôpital général de la Rochelle, le 25 septembre 1830, pour la guérison d'un ulcère à la partie interne et inférieure de la jambe gauche. A ma première visite, je trouvai chez cet homme un engorgement considérable de la rate qu'il me dit être la suite de longues fièvres intermittentes contractées à Rochefort. Il fallait faire marcher le traitement de cette affection organique avec celui de l'ulcération; je mis le malade à l'usage d'une tisane amère et d'un gros d'un mélange à parties égales de quinquina et de nitre, pris deux fois par jour. Le repos et une compression méthodique furent employés pour l'ulcère, et un mois suffit pour sa cicatrisation.

L'engorgement de la rate diminuait sensiblement; au bout de deux mois de l'usage des mêmes moyens, le malade paraissait parfaitement guéri; il était sorti de l'hôpital, quand je m'aperçus que les extrémités inférieures étaient légèrement œdématiées. J'avais cessé depuis quelques jours le traitement, j'examinai attentivement, et je m'assurai qu'il existait déjà une collection d'eau dans l'abdomen, mais elle n'était pas assez considérable pour m'empêcher de palper les organes contenus dans cette cavité; tous me parurent dans un état normal : cependant, malgré tous les moyens employés, la collection aqueuse devint de plus en plus considérable et nécessita bientôt la ponction.

Je résolus d'employer un moyen, que m'avaient suggéré les différentes tentatives faites jusqu'à présent, et mes propres observations.

Assisté de mes confrères, je pratiquai la paracenthèse avec un trois-quarts à hydrocèle, je vidai le liquide à moitié, puis j'injectai dans la cavité abdominale trois litres à peu près d'eau pure, à la température du liquide sorti; je vidai encore la moitié du liquide, et je répétai cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ne sortît plus que de l'eau pure, puis je tirai tout le liquide et fixai la canule par un bandage de corps qui tenait le

ventre légèrement serré pendant l'opération. Le malade manifesta peu de douleur, il était sans fièvre, le pouls resta le même; je prescrivis la diète et l'usage de l'eau rougie; tous les jours, j'injectai par la canule à peu près 3 litres d'eau à une température graduellement élevée; alors le malade éprouva du malaise, le pouls s'éleva; le troisième jour j'ajoutai à 2/3 d'eau la même quantité de décoction de quinquina filtré; au bout de quelques minutes le malade éprouva de très-vives douleurs, ce qui m'obligea à donner immédiatement issue au liquide, le pouls s'élevait sensiblement, le soir il y avait de la fièvre. Le lendemain, quatrième jour, pas de fièvre; je m'abstins des injections, l'eau rougie fut continuée. Le quinzième jour je répétai l'injection avec parties égales d'eau et de décoction de quinquina, les douleurs se manifestèrent aussitôt. Je cessai pendant 3 minutes, la fièvre survint, la douleur augmenta dans tout l'abdomen, principalement à l'endroit de la canule; cet état dura presque toute la journée, alors je me déterminai à ôter la canule qui faisait éprouver au malade de vives douleurs. Je prescrivis une boisson adoucissante, des fomentations émollientes furent appliquées sur le ventre, et je continuai la diète. Le seizième jour, le malade avait passé une nuit mauvaise, la fièvre durait encore, mais avec moins d'intensité, la piqûre de l'abdomen était douloureuse et légèrement rouge. Mêmes prescriptions. Si les accidents inflammatoires n'avaient pas paru céder, je n'aurais pas hésité à pratiquer une saignée au bras. Les accidents diminuèrent tous les jours, je suivis exactement la marche de la maladie. Au bout de 18 jours aucun signe de collection nouvelle ne se manifesta dans la cavité de l'abdomen, le régime fut gradué et augmenté suivant les forces, et trois semaines après le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Depuis ce temps j'ai eu l'occasion de le voir souvent, il est toujours très-bien. (F. L. A. Vivienne, Thèse. Paris, 1834, n° 103, page 12.)

Malgré tous les faits qui abondent dans la science pour prouver la possibilité de guérir certaines cavités par des moyens chirurgicaux, cette pratique rencontre encore beaucoup de difficultés à s'établir dans le domaine de la pratique, tant il est vrai que les préjugés ont d'empire sur notre raison même.

Nous pourrions terminer ce travail par un nombre d'observations assez grand : car pour notre compte, nous en avons pratiqué 17; jusqu'aujourd'hui nous n'avons eu à enregistrer aucun cas de mort.

Voici comment ont été les résultats définitifs :

Injections. . . .	16
Guérison.	9
Insuccès	7
Total.	16

Dans le nombre des insuccès nous avons recueilli plusieurs observations relatives à des opérations qui ont été faites publiquement; nous allons en rapporter deux, laissant aux praticiens le soin d'en apprécier la valeur.

Dans ces observations le résultat avait été annoncé d'avance; aussi pour nous c'était plutôt dans le but de prouver d'une manière irréfragable l'innocuité du moyen que nous avons tenté l'opération.

1re Observation. — (*Sans succès*).

Mlle Guinard, demeurant rue des Capucins, âgée de 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Montazet n° 105, service de M. Devay. Depuis cinq ans, cette fille portait à la partie inférieure du bassin une tumeur de la grosseur de deux points. Tout porte à penser qu'elle appartient à l'utérus; le toucher vaginal ne faisait rien connaître; les menstrues ne paraissaient plus depuis 18 mois, l'amaigrissement de la malade était considérable. Les fonctions digestives se font bien; étant chez elle, un médecin homœopathe avait tenté une injection iodée (1), nous n'avons pas connu le résultat, cette fille nous

(1) Nous le demandons, peut-on trouver un charlatanisme plus déhonté quand on voit ces mêmes hommes venir ensuite déblatérer contre la médecine? (Hippocrate.)

dit qu'il y avait mis très-peu de chose. Quelque temps après son entrée à l'hôpital, on fit une ponction du ventre qui donna 12 litres d'un liquide épais, sirupeux, coloré en brun sans odeur particulière ; la malade se trouva soulagée, mais 15 jours après, le ventre avait repris son volume énorme. Le 14 mai 1850, je fis une injection avec teinture d'iode 15 gram., iodure de potassium 2 gram., eau 125 grammes. La douleur produite par l'injection fut nulle ; le lendemain, la malade n'éprouvait qu'un sentiment de chaleur très-léger. Le deuxième jour, il y eut quelques coliques qui durèrent environ 2 heures. Le troisième jour, le même phénomène se présenta pour la dernière fois, le volume du ventre n'avait pas augmenté. Le cinquième jour, on remarqua une augmentation de 1 centimètre. Le 22 mai, dix-huitième jour de son entrée, augmentation du liquide dans le péritoine, l'abdomen mesuré donna 8 centimètres de plus : cependant la malade dit qu'elle se trouvait mieux, que la grosseur du ventre lui paraissait moins lourde; en effet il semble qu'elle est amollie sans être douloureuse.

1er juin. Augmentation du liquide assez considérable, la tumeur du bas-ventre est moins dure, état général bon, je fais une nouvelle ponction qui donne un liquide moins épais que le premier, légèrement opalin, la quantité en égale 12 litres ; injection iodée dans les mêmes proportions, mais moins étendue d'eau. Prescription : Diète absolue, eau d'orge, potion calmante pour la nuit.

3 juin. La douleur produite par l'injection a duré au moins deux heures, puis tout est rentré dans l'ordre. Le ventre n'est pas douloureux, les urines n'ont pas augmenté, bon appétit, repos toute la nuit.

8 juin. Le ventre commence à reprendre du volume, la tumeur du bas ventre ne paraît pas modifiée, nous renonçons à ce moyen.

2e Observation (*sans succès*). — *Hydropisie enkystée.*

Mlle ...., âgée de 25 ans, d'une bonne constitution, bien réglée, est entrée à l'Hôtel-Dieu pour une hydropisie enkystée qu'elle portait depuis deux années. On a essayé de tous les moyens en usage en pareil cas, sans obtenir aucune modification dans son état.

Le 22 mai 1850, nous avons examiné avec soin la malade avec M. le professeur Bonnet et M. Devay, médecin de la salle où se trouve la malade, et nous avons reconnu que le développement du ventre tenait à une multitude de kystes contre lesquels on avait employé vainement une foule de traitements : antiphlogistiques, topiques, frictions mercurielles, iodées, vésicatoires, moxas, cautères, compression ; l'abdomen offre une sphère pyriforme qui mesure, à la région ombilicale, 83 cent., de l'appendice xyphoïde à la symphyse du pubis, 87 cent. La première ponction fut faite dans le péritoine à la partie la plus déclive vers la ligne blanche, on retira environ trois litres d'un liquide sirupeux assez transparent. Cette ponction nous permit de reconnaître d'une manière évidente la multiplicité des kystes. On résolut de les attaquer successivement par la ponction. On prit le kyste formé à droite, qui donna un liquide semblable au premier, mais cependant un peu plus opalin ; on fit ensuite une injection avec 15 grammes de teinture d'iode dans 120 grammes d'eau.

Le 24 mai, la malade a eu des douleurs assez vives dans l'abdomen, de l'agitation toute la nuit ; elle n'a pas uriné plus que d'habitude, elle a éternué beaucoup et a eu un écoulement semblable à celui que produit quelquefois l'iodure de potassium à haute dose. Prescription : Eau d'orge, potion calmante pour la nuit ; le volume du ventre, mesuré, n'a pas changé.

Le 25 mai, la malade souffre beaucoup ; la peau du ventre est rouge, douloureuse. Cependant, il y a peu de réaction générale ; on continue l'eau d'orge ; cataplasme de farine de lin, potion calmante.

Le 27 mai, tout semble être rentré dans l'état normal sans aucun changement pour la malade ; aussi nous renonçons à de nouvelles tentatives, notre but était rempli : celui de démontrer par des faits que l'injection iodée était sans aucun résultat fâcheux pour le médecin.

3e Observation (*sans succès*). — *Hydropisie ascite, suite de tumeur développée dans l'abdomen (ganglion mésentérique probablement).*

Mlle Marbonnet, âgée de 23 ans, d'une bonne constitution, bien réglée, n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il y a trois ans, elle s'assit dans une prairie humide, dans la soirée elle éprouva quelques douleurs dans le ventre. A dater de ce moment,

l'abdomen se développa sans cependant produire aucune douleur ni autre incommodité que de gêner la marche. Son médecin ordinaire, qui fut appelé, la soumit à divers moyens, tels que diurétiques, purgatifs, dérivatifs, sans aucun succès. Quatre mois après on pratiqua la ponction du ventre qui produisit une diurèse abondante; plusieurs mois se passèrent sans qu'on fût obligé de revenir aux mêmes moyens; cependant, dans l'espace de trois années, on fut obligé de pratiquer cette opération huit fois.

Le 25 mai, M. le docteur Brachet me fit appeler et je trouvai la malade dans l'état suivant : pâle, affaiblie, maigre, assez gaie, depuis quinze jours elle est sous l'influence d'une bronchite que M. Brachet regarde comme accidentelle, l'appétit est bon, il n'y a aucune douleur, le ventre est énorme, tendu, donnant tous les signes d'une fluctuation manifeste. Le déplacement de la malade ne fait éprouver aucun changement dans la position du liquide. En présence de semblables symptômes, il fut résolu que nous ferions une injection iodée dans la cavité du péritoine.

Un trois-quarts fut enfoncé au lieu indiqué et on obtint un liquide brunâtre, onctueux et n'ayant aucune odeur; la quantité peut en être évaluée à 12 litres. Après avoir vidé l'abdomen, nous avons recherché avec soin si nous ne trouverions pas quelque lésion du côté des organes abdominaux qui pût nous rendre compte de cet état. Aucun signe n'est venu se révéler; alors nous avons introduit 60 grammes d'injection iodée. A peine le liquide avait-il pénétré, que la malade accuse une douleur vive, un sentiment de brûlure, phénomène que nous n'avions pas encore remarqué; aussi nous sommes-nous tenu à cette quantité de liquide. Prescription : Potion calmante, diète, repos.

Le 26 mai, la malade est bien; la nuit a été un peu agitée; la quantité d'urine n'a pas augmenté; le ventre est légèrement douloureux à la pression, un peu chaud; la malade dit qu'elle a eu toute la nuit et toute la journée à la suite de l'opération, un goût désagréable dans la bouche qu'elle compare à celui du sarcocarpe du fruit du *juglans regia*; il n'y a aucune espèce de réaction fébrile. Prescription : Bandage de corps, potage.

Le 29, la malade va bien; elle urine beaucoup; le ventre n'a pas repris de volume.

Le 3 juin, je trouve la malade debout, elle va très-bien; les urines sont toujours abondantes; l'abdomen est uniforme; bon appétit, sommeil bon; je lui prescris une solution légère d'iodure de potassium, de manière à continuer l'effet diurétique qui s'est produit sous l'influence de l'iode.

Le 20 juin, depuis huit jours, la malade reconnaît que son ventre a grossi vers la partie inférieure, du reste elle va bien. Je me décide à faire une nouvelle ponction, qui donne environ quatre litres d'un liquide en tout semblable au premier; l'injection, comme la première fois, détermine une douleur assez vive.

Le 21 juin, la malade a éprouvé des coliques assez vives; la nuit a été passable; le ventre est souple, douloureux à la pression; il n'y a aucun phénomène de réaction; la malade demande à manger. (Potage).

Le 22 juin, bonne nuit; le ventre est légèrement douloureux à la pression, du reste rien à noter. (Potage, poulet).

Le 25 juin, le ventre continue d'être légèrement douloureux à la pression; les urines sont abondantes, naturelles; il y a diminution du volume de l'abdomen. Même régime.

Le 30 juin, la malade va bien; les urines ont diminué de quantité; le volume du ventre est stationnaire; la malade est pâle, étiolée; je lui donne des pilules diurétiques avec l'extrait de scille et de digitale.

Le 20 juillet, l'abdomen a repris un développement énorme; la malade se refuse à une nouvelle ponction à la suite de conseils de commères; elle demande qu'on attende encore quelques jours.

Le 27 juillet, nouvelle ponction; le liquide fourni est de même nature qu'aux précédentes opérations; on en retire dix litres environ. En examinant avec soin les organes abdominaux à travers les parois, je trouve une tumeur flottante dans le ventre, du volume du poing, située dans le flanc gauche; elle semble appartenir au mésentère.

Ceci nous explique l'insuccès que nous avons eu jusque-là et nous donne la raison de la persistance de cet état de maladie sans aucune amélioration. Aussi, à dater de ce moment, nous regardâmes la maladie comme au-dessus des ressources de l'art, et nous cessâmes les injections. Nous prescrivîmes des fomentations et nous nous retirâmes. Six mois après la malade était morte.

Appréciation. — A mesure que la question des injections s'élucide, on voit que cette opération, qui avait été regardée comme si redoutable, finit par devenir une

opération simple tant par son mode opératoire que par ses conséquences et ses résultats définitifs.

Cependant tous les scrupules ne sont pas encore levés, des esprits prévenus parlent et écrivent sur les dangers, les inconvénients et la témérité surtout de cette opération, qui ne sauve pas la vie de l'homme, mais qui la lui fait prolonger jusqu'au terme assigné par Dieu. Des hommes téméraires, nous le savons, ne tenant aucun compte des avis que nous avons pu donner en pareil cas, pousseront les préceptes que nous avons établis jusqu'à leurs dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à l'absurde. De là pourront arriver des accidents, et on ne craindra pas alors de dire que le moyen que nous proposons est fatal, mortel et qu'il faut le rejeter; c'est là le sort ordinaire des choses, que faire? Laisser passer et continuer à dire et à faire ce que nous avons fait, rien de plus, rien de moins.

La péritonite, voilà l'épouvantail, voilà l'accident qui est le prétexte des uns et le motif de quelques médecins consciencieux. Pour répondre aux premiers, nous ne pouvons mieux le faire que par des faits, ce qui enlève toute matière à discussion théorique et fait accepter l'évidence ; car rien n'est brutal comme un fait; quant aux autres, c'est différent, leur opposition part d'un principe bon en lui-même et d'un sentiment louable, mais très-mal appliqué. Un principe qui est vieux comme la médecine, est celui qui veut qu'on n'entreprenne une opération compromettante pour la vie, que quand la vie est menacée. Le sentiment louable est dicté par la maxime : *Ne fais à autrui que ce que tu voudrais qu'on te fît à toi-même*. Or, comme la péritonite est au bout de l'opération, ces confrères n'en veulent ni pour eux, ni pour leurs malades.

La crainte de ces médecins est inspirée par l'analogie qu'ils rencontrent entre toutes les péritonites, qui en effet sont excessivement graves, qu'elles soient traumatiques ou idiopathiques. De là une prévention injuste, selon moi, contre les injections iodées dans le péritoine; car les faits déposent tout à fait contre cette prévention, et ces faits sont maintenant assez nombreux pour pouvoir encourager les médecins à se servir de ce moyen; car pour mon compte, j'ai déjà fait jusqu'aujourd'hui, 17 septembre 1852, 13 fois cette opération et n'ai eu d'autres accidents que ceux relatés ci-dessus; 4 fois avec la conviction intime de réussir, 3 fois avec doute et 6 fois en vue de démontrer l'innocuité de ce moyen. Nous pourrions en appeler au témoignage de MM. Brachet, Devay, Bonnet, Lacour, Conche, Guilin. En définitive nous pouvons établir le tableau suivant :

16 injections.	9 guérisons, ascites.
	1 sans résultat, ascite.
	6 sans aucun succès, annoncé d'avance.
	0 morts.

Poursuivons l'idée que l'iode, mis en contact immédiat avec des tumeurs contenues dans le péritoine, pourrait avoir quelque influence pour les résoudre. Malheureusement, il n'en a rien été; elles sont toujours restées stationnaires. Dans les cas d'hydropisie enkystée, M. Bonnet, qui a tenté une fois ce moyen, m'a dit qu'il avait eu une guérison ; je ne sais si elle s'est maintenue. Une fois aussi j'ai fait une tentative de ce genre, mais sans résultat : ici l'injection avait

déterminé une vive réaction, qui, cependant, s'est terminée sans accidents fâcheux pour le malade, mais aussi sans bénéfice. Dans cette observation, si les résultats n'ont pas répondu à notre attente, il est au moins digne de remarque que nous n'avons pas eu de ces inflammations si terribles à combattre; ce qui vient confirmer cette observation que l'iode possède un mode d'action tout spécial et qu'il n'agit que sur les tissus qui ont été touchés par lui.

Comme corollaire de notre travail, nous donnerons quelques observations de guérisons, choisies au milieu de celles que nous possédons et qui n'ont pas encore été publiées.

OBSERVATION. — *Hydropisie ascite; injection iodée; guérison.*

Sophie Rose, demeurant rue des Culottes, à la Guillotière, âgée de 23 ans, a eu un enfant il y a deux ans.

Brune, d'un tempérament nervoso-sanguin, bonne constitution, assez replète, reposseuse, elle ne se rappelle pas avoir été malade depuis son enfance; ses règles se sont établies sans aucun accident et ont toujours été régulières.

Au mois de mars 1851, elle fut au Rhône pour laver du linge; la journée était froide et pluvieuse; elle était sous l'influence de ses menstrues, et le soir, en rentrant chez elle, elle éprouva un frisson assez violent et des coliques très-vives; ses règles s'arrêtèrent. Elle se mit au lit, prit des boissons chaudes; la nuit se passa assez bien, mais ses règles avaient cessé; ordinairement leur durée était de six jours et elle était au quatrième. Malgré le malaise qui lui restait, elle continua ses travaux, et dix ou douze jours après ses jambes enflèrent; elle se frictionna avec de la pommade camphrée (drogue encore en très-grand honneur au milieu de ce monde-là). Bientôt arriva une nouvelle époque sur laquelle elle comptait pour se débarrasser entièrement, mais cette fois les règles coulèrent mal et leur durée ne fut plus que de trois jours; elle vit son ventre grossir. C'est seulement alors qu'elle vint me demander conseil.

Le 8 mai 1851, l'ascite est évidente, le ventre est énorme, donne à la percussion les signes évidents d'un liquide épanché dans le péritoine; la respiration est difficile par suite du refoulement des organes de la poitrine par le diaphragme; les urines sont rares; la malade est amaigrie; l'appétit est capricieux. Je lui conseillai d'en venir à une ponction, ce qui nous permettrait de voir à quoi tenait cet état.

En conséquence, le 10 mai je pratiquai la paracenthèse et je tirai 12 litres d'un liquide séreux, légèrement coloré de vert. En examinant les parois du ventre, je ne pus rien reconnaître qui me donnât l'explication de l'ascite.

Je me déterminai à injecter de la teinture d'iode dans les proportions indiquées plus haut; la malade n'éprouva qu'une légère douleur, dont la durée fut de vingt minutes environ. Je retirai le plus de liquide possible, prescrivis une pilule d'opium pour la nuit et de l'eau de chiendent pour boisson.

Le 11, la malade a dormi toute la nuit, elle n'éprouve de douleur que lorsqu'elle se remue dans son lit. La quantité d'urine est beaucoup augmentée; examinée par les réactifs, on reconnaît la présence de l'iode. La malade accuse un goût de poisson qui la fatigue beaucoup; le pouls est à son état normal, peut-être un peu plus plein; 70 pulsations; le ventre, ce matin, est un peu ballonné; à la percussion, on reconnaît un peu de matité à la partie inférieure. *Prescription :* Eau de chiendent, potage, repos.

Le 12, la nuit a été un peu agitée, le ventre est légèrement douloureux, la diurèse établie continue. *Prescription :* Cataplasme de farine de lin, lavement laxatif. Il n'y a pas eu d'évacuation depuis trois jours.

Le 13, les urines coulent moins, il y a quelques légères douleurs dans le ventre.

Le 14, l'abdomen a augmenté de volume d'une manière notable; je continue les mêmes moyens.

Le 17, diminution du ventre; bandage de corps un peu serré. Mêmes prescriptions.

Le 19, rien de notable.

Le 22, la diminution du volume du ventre continue, il n'y a plus de douleur, seulement un peu de gêne dans les mouvements.

Le 26, la malade dort toute la nuit; l'embonpoint semble revenir; le ventre n'offre aucune matité; l'appétit est bon.

OBSERVATION. — *Ascite, suite de fièvre intermittente; injection iodée; guérison.*

Pierre Dunoyer, âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, est resté en Afrique pendant deux ans, où il a contracté la fièvre intermittente qu'il a gardée six mois. Il fut renvoyé en France, dans sa famille, pour se rétablir, le 10 octobre 1851. Je fus appelé par ses parents, et je trouvai le malade dans l'état suivant : Face pâle, bouffie, décolorée; le ventre est énorme; on reconnaît facilement à la percussion la présence d'un liquide à gauche dans le flanc; on obtient un son mat qui s'étend assez bas, ce qui tient au développement de la rate ; il y a des accès légers de fièvre qui n'ont rien de régulier, tantôt tous les jours, tantôt tous les trois ou quatre jours. L'appétit est nul, les urines rares; le malade a pris des doses énormes de sel de quinine. *Prescription :* Régime réparateur, vin, viandes rôties, tisane amère, purgatif salin tous les deux jours; exposition à l'air libre autant que possible.

Le 20, Dunoyer dit qu'il se trouve plus fort, que son appétit est meilleur; le ventre a conservé le même volume; le volume de la rate semble être le même. Je supprime les purgatifs, continue les boissons amères de petite centaurée, et donne de petites doses de sulfate de quinine (2 décig. par jour) tous les matins. Quinze jours après ce traitement, le malade était infiniment mieux, les forces revenaient. Les accès de fièvre qu'il éprouvait encore avaient à peu près disparu. La tuméfaction de la rate avait énormément diminué, mais la quantité de liquide du ventre semblait plutôt augmenter. C'est alors que je résolus d'obtenir la guérison radicale de l'ascite par l'injection iodée.

Le 15 novembre, je fis une ponction au lieu d'élection de l'abdomen et retirai quatorze litres d'un liquide séreux, jaunâtre, écumeux, ayant une odeur de lavure de chair. En examinant à travers les parois du ventre les organes qui y étaient contenus, je reconnus encore un engorgement de la rate assez considérable, car elle dépassait le rebord des côtes d'une longueur de deux doigts. Malgré cela je fis une injection, curieux de savoir si l'iode aurait de l'influence pour ramener la rate à son état normal. L'injection iodée ordinaire fut poussée dans le péritoine, à la dose de 200 grammes, qui ne déterminèrent qu'une légère chaleur dans l'abdomen; je malaxai tout cet organe de manière à imprégner tous les viscères du liquide de l'injection, puis j'en retirai environ les trois quarts. *Prescription :* Bouillon, une pilule d'opium pour la nuit.

Le 16, le malade a peu dormi, il a eu de l'inquiétude; le ventre est légèrement tendu, douloureux au toucher; les urines n'ont pas coulé plus que d'habitude; peu de soif; pouls à 100 pulsations. *Prescription :* Diète absolue, eau de chiendent, cataplasmes de farine de lin sur le ventre.

Le 17, nuit à peu près comme la précédente, ventre un peu plus tendu, mais moins douloureux; pouls à 90 pulsations; les urines sont devenues très-abondantes et déterminent un sentiment d'ardeur. Le malade se plaint d'un goût de poisson dans la bouche; la rate a diminué d'une manière très-notable. On détermine peu de douleur en exerçant une pression assez forte. *Prescription :* Eau de chiendent, bouillon, lavement émollient.

Le 18, nuit très-bonne; il y a eu une sueur qui a inondé le malade; le ventre est encore légèrement douloureux; à la percussion on reconnaît du liquide à la partie inférieure. La région splénique n'offre rien de remarquable; la rate continue son action de retrait; le malade demande à se lever. Même prescription.

Le 19, rien de notable; je donne un potage.

Le 20, l'abdomen, qui jusque-là semblait augmenter, diminue d'une manière notable, et n'est que très-peu douloureux, nuit bonne, pouls descendu à 70 pulsations; la rate nous paraît revenue à son état normal, de même que l'appétit.

Le 25, le malade va très-bien, l'appétit se maintient, le malade reprend ses forces, son ventre diminue d'une manière notable, on reconnaît encore un peu de liquide à la partie inférieure.

Le 30, l'état du malade est parfait, tout semble être ramené dans son état normal, nous laissons le malade.

Réflexions. — Cette observation, au milieu de celles que nous eussions pu choisir, nous a semblé devoir être préférée à cause de l'origine de l'ascite et de l'influence heureuse qu'a eue l'injection iodée sur le mouvement de retrait de la rate. Peut-être nous opposera-t-on que ce mouvement était commencé par la médication antérieure; nous admettons ce fait, mais il n'est pas moins vrai que l'iode, s'il n'a pas eu d'influence directe, n'a pas empêché le mouvement de continuer et a diminué considérablement la durée de la maladie.

—

DE L'INFLUENCE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE LA CONNAISSANCE DES ANOMALIES SUR LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE, LA MÉDECINE OPÉRATOIRE ET LES ACCOUCHEMENTS; *par M. le docteur* CLAUZURE, *membre correspondant à Angoulême.*

> Sur cent jeunes docteurs en médecine, quatre-vingt-dix au moins tremblent en saisissant le bistouri pour faire une opération grave. Est-ce par timidité? Est-ce par manque de force morale? Non! La cause de ce défaut d'assurance est tout entière dans l'ignorance presque complète où ils sont de la connaissance indispensable et profonde de l'anatomie pathologique, et des anomalies du corps humain. (Dr Cl.)

L'influence de l'anatomie pathologique se fait sentir dans l'étude pathologique et obstétricale des lésions physiques organiques, et des lésions par production de tissus anormaux qui peuvent atteindre les divers systèmes organiques, systèmes que nous grouperons en quatre principaux pour la commodité de ce travail : 1° système osseux; 2° nerveux; 3° vasculaire; 4° viscéral et musculaire.

LÉSIONS PHYSIQUES DU SYSTÈME OSSEUX.

Lorsque l'Académie de chirurgie mit au concours la question des fractures par contre-coup dans les lésions de la tête, c'est à l'aide de l'étude anatomo-pathologique que Gama, Saucerotte, Sahoureau, Louis et d'autres composèrent leurs mémoires couronnés : c'est en recherchant l'organisation de la boîte crânienne, des parties faibles et fortes de ce sphéroïde, c'est en fracturant des crânes humains, c'est en ouvrant les cadavres d'individus morts à la suite de pareils accidents, qu'ils s'expliquèrent comment le point le plus faible de cette enveloppe osseuse se brise, bien que l'instrument vulnérant ait porté, soit à côté, soit dans un point éloigné, soit même à la face opposée du point blessé; c'est en remarquant l'empâtement et le soulèvement de la peau dans un lieu où le coup n'avait pas agi, et la liaison des symptômes avec les fractures par contre-coup de l'os situé au-dessous, qu'ils parvinrent à reconnaître plus tard de pareilles blessures, et à fournir à la thérapeutique, à la médecine opératoire et à la médecine légale des moyens précieux, sinon certains, d'appliquer les remèdes, de tenter les moyens opératoires, et d'éclaircir certains faits qui, au premier abord, semblaient dénués de fondement. Cette étude a montré aussi que toute fracture des os du crâne était suivie d'un épanchement de sang plus ou moins considérable qui, par sa quantité, entraînait des symptômes de compression faciles aussi à distinguer de ceux dus à la commotion dont l'effet s'efface ordinairement dans les premiers jours, s'ils ne tuent instantanément le malade. En ouvrant le crâne ainsi blessé, François Quesnay trouva quelquefois une esquille de la table interne fortement déprimée, enfoncée dans le cerveau, où elle déterminait de l'irritation, par suite des lésions, et les phénomènes de l'encéphalite, dont nous aurons sans doute lieu de parler.

De là, l'indication de trépaner dans le lieu où le malade porte machinalement la main, c'est-à-dire à l'endroit où il a éprouvé la sensation de fracture ou de pot cassé d'après Hippocrate, où le cuir chevelu se soulève et est œdémateux

d'après Quesnay. L'étude anatomo-pathologique des fractures du col du fémur, de celles de la rotule, de l'olécrâne, n'a pas moins été utile à la pathologie chirurgicale et à la médecine opératoire; ainsi c'est en examinant la disposition du col fémoral aux divers âges et dans les deux sexes, que Dupuytren a pu se rendre compte de la rareté de cet accident chez l'enfant où le col est très-court, dirigé presque entier dans le sens du grand axe du fémur, de manière à être caché en quelque sorte, lui et le grand trochanter, par la saillie des crêtes iliaques et celle des chairs environnantes; tandis que le col du fémur s'allongeant, devient plus excentrique chez l'adulte et surtout chez le vieillard, alors que le bassin n'acquiert plus assez d'ampleur pour le protéger. La cause ordinaire de cette fracture, c'est-à-dire la chute sur le grand trochanter, a beaucoup de prise; aussi cet accident s'observe-t-il d'autant plus fréquemment que l'on avance en âge. C'est en se livrant à des recherches anatomo-pathologiques qu'Andral, par exemple, a reconnu la friabilité des os du vieillard à cause de la diminution proportionnelle de la matière organique, la cause de la facilité des fractures et la difficulté de leur consolidation à cet âge. Par contre, l'anatomie pathologique a appris que la prédominance de la portion organique des os de l'enfant et de l'adulte expliquait les fractures incomplètes observées par Hervez de Chégoin, celles de la clavicule, notées par Delpech. Et sans aller plus loin, qui ne connaît la grande discussion engagée entre les plus célèbres chirurgiens de la France et de la Grande-Bretagne, au sujet des fractures du col fémoral? L'anatomie pathologique n'est-elle pas venue démontrer que c'était à elle qu'il fallait s'adresser pour savoir pourquoi telle fracture de telle partie se consolidait, tandis que d'autres résistaient à tous nos moyens? Ainsi c'est en reconnaissant le peu de vie du fragment supérieur complétement renfermé dans la capsule fibreuse, qu'Astley Cooper a démontré aux chirurgiens français la raison de ces sortes d'insuccès, tandis que la consolidation était possible quand la fracture n'étant pas complétement intra-capsulaire, le fragment supérieur pouvait puiser dans la racine de la capsule même des moyens de nutrition suffisants. Cette étude éclaire évidemment le traitement applicable, en montrant que l'insuccès ne vient pas toujours des moyens employés et qui ont été multipliés sans doute, à cause de l'ignorance de ce fait anatomo-pathologique. C'est enfin en étudiant les fractures du col fémoral, que Dupuytren s'est rendu compte, par la direction même de la fracture, de la direction rare, à la vérité, du pied en dedans, observée par quelques chirurgiens, et entre autres par M. Jules Cloquet. N'est-ce pas là éclairer le diagnostic et par suite le traitement? Si l'on n'a pas, dans les premiers jours, trouvé du raccourcissement dans le membre, Desault ne s'en est-il pas rendu compte en étudiant la lésion de la moelle survenue dans le même accident, chez un tailleur, et la disparition de la paralysie n'a-t-elle pas démontré la justesse des vues de Desault, en produisant alors le raccourcissement?

Pour ne point quitter les fractures, on sait que Jean-Louis Petit niait les fractures longitudinales des os longs, et c'est encore à l'anatomie pathologique que l'on doit la connaissance de ce fait de pathologie, car Duverney, et plus tard

Léveillé, ont convaincu, les pièces en main, Dubois, Chaussier et les autres commissaires de l'Académie de médecine de l'existence des fractures en long du tibia, entre autres.

Combien de fois n'a-t-on pas nié les fractures par l'action musculaire seule? Jules Cloquet, Bérard, Dupuytren même n'en étaient pas bien convaincus, et supposaient une lésion antérieure de l'os brisé, et cependant l'anatomie pathologique a démontré des fractures de la rotule, de l'olécrâne, etc., par la seule action musculaire.

Dernièrement nous avons pu observer une pareille fracture sur l'extrémité inférieure de l'humérus, chez un malade auprès duquel nous fûmes appelé et qui fut traité par l'appareil inamovible. Si l'anatomie pathologique a éclairé l'étiologie dans ce cas, elle en a aussi éclairé le traitement; car si ces sortes de fractures dépendaient nécessairement d'une altération organique de l'os, les moyens locaux ne devraient pas toujours suffire.

Les fractures du col de l'humérus ont été fort souvent confondues avec la luxation de cet os; c'est encore l'anatomie pathologique qui, en démontrant les rapports des fragments de cet os avec les muscles de l'omoplate et du thorax, en signalant les formes des parties de l'épaule, a jeté ses rayons de lumière et sur la cause de ces accidents, en indiquant la chute sur l'épaule comme un des caractères étiologiques de la fracture, et celle sur le coude ou la main, comme celui de la luxation; les symptômes, et par suite le traitement, ont retiré de grands avantages de ces connaissances, si bien exposées dans les leçons orales du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le traitement des fractures était fort incomplet et fort chanceux avant les recherches anatomo-pathologiques; croyant à la réunion des fragments par une espèce de colle-forte, les anciens pensaient qu'à une époque fixe cette matière se solidifiait; de là le préjugé, enraciné encore dans le peuple, des époques fixes pour la guérison des fractures. Mais dans le siècle dernier, Duhamel étudia ce sujet en véritable médecin plutôt qu'en botaniste, et suivit pas à pas l'organisation de la cicatrice osseuse; malheureusement entraîné par des études d'organographie, de physiologie végétale, il attribua au périoste et à la membrane médullaire le rôle de l'écorce et de la moelle dans les végétaux, et ne poursuivit pas assez loin les phénomènes d'organisation plastique; néanmoins ces études ont servi à Hunter, à Howsip et à Macdonald pour reconnaître l'action de la fibrine du sang épanché entre les fragments; à Dupuytren pour ses recherches sur le cal provisoire et le cal définitif; à Breschet et d'autres, pour reconnaître qu'il y a du vrai dans toutes ces recherches, mais qu'elles se réunissent dans l'étude de l'organisation du cal; c'est donc à l'anatomie pathologique que l'on doit de connaître la cause matérielle de la cicatrice osseuse, c'est-à-dire la lymphe plastique (fibrine albumineuse, d'après Lassaigne et Orfila) fournie par le périoste, la membrane médullaire, les muscles, le sang et toutes les parties environnantes, pour la formation du premier cal qui réunit provisoirement les fragments.

A cette étude l'on doit encore de savoir que : vers le soixantième ou quatre-

vingtième jour, les fragments se ramollissent, exsudent une lymphe plastique de seconde formation, tandis que le cal primitif disparaît successivement par l'absorption, et que la fracture se réunit par une cicatrice définitive, mais seulement complète vers le sixième ou huitième mois; de là, des conséquences pratiques du plus haut intérêt. Ainsi Dupuytren a été conduit à rompre le cal jusqu'au soixantième jour, comme nous l'avons vu faire souvent dans les hôpitaux pour redresser des cicatrices vicieuses; aussi, règle générale, ne faut-il jamais laisser agir un membre lors de la formation du cal provisoire, et ne lui laisser un libre exercice que lors de la complète organisation du cal définitif.

N'est-ce pas en étudiant ces sortes de cicatrices que le médecin opérant a pu réséquer un cal difforme ou les fragments d'une fracture qui ne se consolidait pas? que Physik a passé un séton à travers les fragments morbides des fractures, etc.

La pathologie des luxations a trouvé encore dans l'anatomie pathologique un heureux soutien, outre que leur mode de formation a été mieux étudié, que l'on a reconnu la déchirure constante des ligaments dans les luxations complètes, que l'on a constaté sept espèces de luxations, pour l'humérus par exemple, et pour le fémur, qui ont été beaucoup mieux classées par Sédillot, Dupuytren, Cruveilhier, etc., etc. C'est à cette même influence que l'on doit la connaissance de la possibilité de réduire les luxations anciennes de plusieurs mois et d'une année même, comme l'ont fait Astley Cooper, Sédillot et tant d'autres; par cette puissante influence, Dupuytren a distingué les luxations fort rares de l'extrémité du radius des fractures, avec lesquelles on les confondait souvent avant lui, etc., etc.

LÉSIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME OSSEUX.

L'influence de l'anatomie pathologique sur la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire dans les lésions organiques du squelette, n'est pas moins sensible. C'est elle qui a suivi la congestion sanguine, le ramollissement, la dilatation des cellules osseuses dans l'inflammation des os, la lenteur et l'obscurité fréquente de ces phénomènes morbides, la formation de foyers purulents dans le canal médullaire, ou même dans l'épaisseur des os, surtout des os spongieux; elle y a signalé, par les recherches de Monod, Breschet, Blandin, Cruveilhier, etc., etc., la cause fréquente de ces phlegmasies meurtrières, dans la phlogose des veines médullaires ou des canaux vasculaires de Howsip; en même temps, elle apprit à la thérapeutique qu'à mesure qu'il se faisait une destruction des vertèbres résultant de l'induration fibro-cartilagineuse ou osseuse des ligaments ou feuillets fibreux environnants, ou par suite d'une production tout à fait nouvelle, il se faisait une réparation qui montrait le mode naturel de guérison. Malgré les recherches consciencieuses du professeur Bérard, de Montpellier, de Pouget, de Delpech, Sanson et d'autres sur les caractères chimiques de la carie, c'est encore à l'anatomie pathologique que l'on doit les meilleurs caractères distinctifs de la carie d'avec la nécrose, et les autres altérations du squelette, car le docteur Monret, pharmacien interne des hôpitaux de Paris, a montré par des expériences chimiques suivies avec

soin et multipliées, que les principes organiques n'offraient pas beaucoup de différence dans chacun de ces états, au lieu que la dilatation des cellules, leur ramollissement, leur réplétion par deux espèces de matière ichoreuse, la transformation de la matière organique, des matières grasses, la friabilité de l'os carié comparée à la dureté du séquestre, à sa blancheur ordinaire, surtout quand il a été soustrait à l'air, son isolement parfait des portions voisines du même os, l'état à peu près sain de la constitution, l'aspect vivace des bourgeons charnus, l'homogénéité et la bonne qualité de la suppuration, comparée au pus séreux et fétide de la carie, sont des caractères distinctifs suffisants que l'on doit à l'anatomie pathologique. Si vous joignez à cela que la carie est démontrée être une maladie de la trame organique principalement, qu'elle se lie souvent à des désordres généraux, qu'elle entraîne des suppurations abondantes et ruineuses, tandis que rarement ces phénomènes se montrent dans la nécrose, vous sentez quel avantage la thérapeutique et la médecine opératoire doivent en retirer.

C'est ainsi que l'on a été conduit à déterminer la nécrose de toutes les parties cariées, au moyen de diverses opérations, telles que l'application du fer rouge, du trépan, de la scie, etc., etc.

Quel chaos que la lésion des articulations décrites depuis si longtemps sous le nom de tumeurs blanches, qui, depuis le père de la chirurgie anglaise, Wisemann, a traversé toutes les écoles sans être débrouillée ; c'est à l'anatomie pathologique à jeter sur un sujet aussi important sa bienfaisante lumière. Déjà Delpech a tracé d'une main de maître la tumeur blanche scrofuleuse ; déjà l'école physiologique a démontré toute la vérité de l'étiologie rhumatismale de ces maladies si bien tracées par Ch. Bell. M. le professeur Velpeau n'a-t-il pas, il y a quelques années, publié un mémoire sur ce sujet, où les distinctions sont toutes basées sur des études anatomo-pathologiques? Ainsi il a distingué les arthropathies extra-capsulaires ou des parties molles, les capsulaires, les blennorrhagiques, les osseuses superficielles et profondes, et chacune ayant des causes et surtout des symptômes aussi distinctifs. L'anatomie pathologique ne s'est pas bornée à ces résultats ; elle nous a appris la corrélation de ces lésions articulaires avec celle des autres viscères, et a appris par exemple, aux chirurgiens et à l'opérateur à se méfier des organes de la poitrine, et par conséquent, à n'entreprendre les résections ou les amputations qu'après avoir interrogé tous les viscères.

Je me hâte d'arriver aux lésions par productions anormales. Avant l'étude minutieuse des poches anomales ou kystes, combien d'erreurs ne faisait-on pas? On confondait le stéatôme mélicérique (tumeur formée par l'accumulation d'une substance grasse, ayant la consistance et la couleur du suif), avec le lipôme, les kystes séreux, fibreux, etc., etc. C'est encore à Delpech que l'on doit d'avoir éclairé ce sujet, c'est lui qui distingua les kystes séro-muqueux, fibreux et cornés, auxquels une thérapeutique particulière convient. Ainsi il suffit de faire enflammer et suppurer le kyste séreux, pour obtenir son oblitération, tandis que les fibreux souvent et les cornés doivent toujours être extirpés. Voilà le résultat

des études anatomo-pathologiques. Dupuytren, voyant ces kystes se développer dans les os, les a décrits principalement dans le maxillaire supérieur, et a senti que leur extirpation totale était nécessaire pour une cure radicale.

Si l'on a fait quelques pas dans la connaissance des tubercules, de leur formation, de leur développement dans les os, n'est-ce pas aux études d'anatomie pathologique qu'on le doit? N'est-ce pas elle qui a montré leur commencement, leur ramollissement, leur fonte, et les désordres qu'ils causent dans les extrémités articulaires surtout? Si les maladies profondes du squelette, telles que le cancer, etc., ont reçu dans ces derniers temps une si grande impulsion, ne le doit-on pas aux recherches de Lobstein, de Cruveilhier, de Delpech, etc.? C'est elle qui nous a appris à connaître les formes du cancer de l'organe médullaire, à distinguer les fongus de la dure-mère, décrits par J. L. Petit, de ceux des os du crâne, si bien étudiés par le professeur Albert, de Bonn, et s'il existe encore de l'obscurité sur cette matière, c'est à l'anatomie pathologique qu'il faut encore demander de la dissiper.

LÉSIONS PHYSIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

Arrivons aux maladies du système nerveux et cherchons ce que l'anatomie pathologique a fait et peut faire pour leur connaissance et leur traitement. Les lésions physiques de ce système devraient nous occuper tout autant que celles du système osseux, si déjà plusieurs des mêmes altérations ne se rencontraient aussi dans les masses ou cordons nerveux; il en est cependant de spéciales et que nous devons signaler : ainsi on fait la réduction d'une luxation de l'épaule, et le malade meurt à l'instant ou peu d'heures après, on recherche la cause d'une mort aussi prompte, et rien, dans l'exploration des parties extérieures, n'en rend compte; voilà donc une mort sans cause organique, dit-on. Mais quelques années plus tard le même accident arrive, on ouvre le cadavre, on recherche minutieusement, et l'on trouve les nerfs du plexus brachial arrachés de la moelle. Voilà donc l'anatomie pathologique qui rend compte d'un fait regardé d'abord comme contraire à la vérité de cette science. Eh bien! n'en doutons pas, les recherches minutieuses de M. Haubert doivent être imitées dans les cas douteux, et l'anatomie pathologique, en dévoilant les causes de ces terribles insuccès, rendra le chirurgien plus circonspect, et la science, ou plutôt la médecine, plus infaillible. Que dire de la commotion cérébrale qui tue instantanément les malades? Est-ce à la concentration ou à la contusion de la masse cérébrale qu'il faut attribuer une mort aussi brusque? Je ne suivrai point Sabatier, Calmeil et d'autres dans leurs suppositions, je dirai seulement que les faits de ce genre ne se sont pas encore assez multipliés pour répondre d'une manière plausible à cette question; toutefois, nous ne saurions en douter, l'anatomie pathologique nous en rendra compte un jour. Les recherches de Serres, de Dumoulin, etc., ont montré combien la compressibilité de la masse cérébrale était grande, et ont jeté par là du doute sur la valeur des épanchements médiocres de sérosité soit à la surface, soit dans les cavités encéphaliques, et fait donner plus d'importance au ramollissement des parties centrales

du cerveau. Les portions détruites du système nerveux se régénèrent-elles? C'est à l'anatomie pathologique à répondre; ainsi Béclard conclut : que bien que la cicatrice nerveuse n'ait pas, comme le veut Shaw, toute l'organisation de la partie qu'elle remplace, cependant elle en remplit les fonctions, et sa composition chimique est presque identique. On reconnaît alors que, malgré la section d'un nerf pratiquée quelquefois comme moyen curatif de certaines névralgies, les fonctions de la partie se rétablissent en général au bout de plusieurs années au moyen de la cicatrice.

La pathologie chirurgicale a demandé encore à l'anatomie pathologique la raison des amauroses ou de ces cataractes survenues à la suite de contusions sur le front; en disséquant les parties, on en a trouvé de suite la cause dans la lésion incomplète des nerfs frontaux et principalement du nasal externe, provenant de l'ophthalmique de Willis dont les distributions vont former quelques filets ciliaires. C'est d'après cette connaissance que Wardrop a pu guérir des amauroses en faisant la section complète du nerf contus. C'est après de telles recherches que l'on s'est rendu compte de semblables accidents survenus après des odontalgies violentes, et heureusement combattus par le docteur Galondowski, au moyen de l'extraction de la dent cariée, etc., etc.

LÉSIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

Avant les recherches des anatomo-pathologistes l'influence de la méningite était à peine sentie, on ne trouvait pas non plus la cause des délires, des convulsions, du coma, de la paralysie; Rostan, Rochoux et bien d'autres célèbres praticiens ont examiné avec toute l'attention et la sagacité propres à de pareils hommes, la consistance de la pulpe cérébrale, et ont trouvé dans le ramollissement la raison suffisante et évidente des désordres observés dans ces fièvres dites ataxiques ou désordonnées, parce qu'en effet le cerveau influe sur le système musculaire comme sur tous les autres, et doit déterminer des aberrations fonctionnelles, des convulsions dans ces maladies malignes, de mauvaise nature, etc., qui, selon Calmeil, Georget, Étienne Jean, et les anatomo-pathologistes déjà cités, trouvent leur raison dans l'injection, le ramollissement rouge ou blanc de la pulpe encéphalique.

Depuis que j'étudie le ramollissement cérébral, dit M. Rostan, dans un ouvrage sur cette matière, je n'ai plus trouvé de ces maladies sans lésions organiques, lorsque les symptômes étaient de cet ordre, et ici les conséquences thérapeutiques sont grandes, car ce ramollissement s'annonce par des fourmillements croissants qui diffèrent dans d'autres maladies cérébrales.

Nous avons vu quelle influence la connaissance des compressions cérébrales entraînait pour la trépanation; de pareilles remarques sont encore applicables à la moelle épinière; ainsi, dans ces derniers temps, une fracture de la partie postérieure des vertèbres déterminant une paraplégie, un opérateur anglais a osé porter le trépan sur les apophyses épineuses; une amélioration momentanée a été la suite de cette tentative hardie, que nos devanciers n'auraient point faite, n'ayant pas assez connaissance des effets de ces sortes d'accidents. Avant

Gallien, on agissait sur les parties paralysées par des moyens plus ou moins contraires, et c'est à l'ouverture des cadavres que l'on doit encore la connaissance des effets croisés des lésions cérébrales; c'est elle qui nous a appris le siége véritable des douleurs organiques et, par conséquent, le point vers lequel devaient se diriger tous nos moyens thérapeutiques.

C'est elle aussi qui a appris au chirurgien que c'est souvent à la déchirure des nerfs, à leur blessure, que l'on doit le développement des convulsions d'épilepsie, du tétanos même, et que c'est en enlevant la partie blessée d'où part l'*aura epileptica* ou la cause locale du tétanos, que l'on guérit quelquefois les malades; ainsi le baron Larrey a amputé des membres en Égypte pour ce motif; nous avons vu tenter de pareilles opérations.

Tout ce que j'ai déjà dit des productions anormales s'applique encore au système nerveux.

SYSTÈME VASCULAIRE.

L'anatomie pathologique apprend au chirurgien et à l'opérateur combien sont graves les lésions des vaisseaux artériels surtout; des expériences de Jones, des recherches anatomo-pathologiques de Balard, de Baillie et d'autres, il résulte que la section complète d'une artère est moins grave et moins dangereuse que la section du quart ou de la moitié de ce vaisseau, cas dans lequel le sang coule sans relâche jusqu'à l'extinction de l'individu; de là l'indication de la ligature d'un vaisseau, lors même qu'il n'aurait été que piqué, comme dans le cas de Bromfeld, Guillaume, qui vit survenir une hémorrhagie grave à la suite de la simple piqûre de l'artère crurale avec le ténaculum; c'est à la même science que Morgagni et Scarpa ont dû de connaître la formation des sacs de l'anévrisme faux consécutif, celui des anévrismes spontanés; c'est aux belles recherches du professeur de Pavie que nous devons de savoir l'étendue et la valeur des anastomoses; avant ces connaissances, quel chirurgien aurait été assez hardi pour lier le tronc principal d'un membre? Si la nécessité le forçait à une telle entreprise, ce n'était qu'avec les plus grandes craintes que l'opérateur agissait, et le succès n'était expliqué alors que par l'existence d'un tronc artériel double. Quelle hardiesse! je dirai presque quelle témérité! Maintenant les connaissances anatomo-pathologiques sur ce sujet, si bien exposé par Hodgson dans son *Traité des maladies des artères et des veines*, sont si précises que l'on redoute l'inconvénient contraire, et il n'est pas de vaisseaux, même l'aorte ventrale, que la main de l'opérateur ne veuille aller saisir. Avant les recherches de Hunter, comment s'expliquer l'anévrisme variqueux et la varice anévrismale? Comment aller lier l'artère principale au-dessus et savoir que le sang se coagule dans les sacs anévrismaux, qu'ils reviennent peu à peu sur eux-mêmes et qu'ils disparaissent même quelquefois? C'est à des études anatomo-pathologiques que le chirurgien doit de pouvoir tenter avec quelques chances de succès la ligature de la sous-clavière, de la carotide primitive ou de l'iliaque, par la méthode de Brasdor.

Que dirai-je du diagnostic des tumeurs anévrismales dans les abcès, les kystes, le lypôme, etc.? C'est leur étude anatomique qui a guidé le chirurgien et l'opérateur.

Avant les découvertes des modernes sur l'artérite, la gangrène accidentelle d'un membre était presque un problème, tandis que maintenant on sait où se trouve le plus souvent leur cause; on suit l'artère tendue, dure, rénitente, gonflée, douloureuse, et l'anatomie pathologique montre qu'elle s'étend plus haut que les parties molles ne semblent l'annoncer; de là la répugnance de plusieurs opérateurs, de Pott entre autres, pour amputer dans ces cas. A cette étude on doit de distinguer la gangrène par artérite de celle qui survient chez les vieillards, due à l'ossification des capillaires et des troncs vasculaires; le chirurgien tire de cette dernière connaissance le précepte d'attendre que la gangrène se borne, tandis qu'il doit amputer s'il s'agit d'une gangrène purement traumatique.

C'est en étudiant l'incrustation calcaire de l'arbre artériel que le chirurgien se rend compte des déchirures, des éraillures des parois vasculaires, de la formation des kystes anévrismatiques spontanés et de la récidive ou de la multiplicité de ces tumeurs, comme l'ont observé Pelletan, Morgagni, Boucher et autres.

Avant ces derniers temps, l'inflammation des veines était à peine connue; mais, grâce aux progrès rapides de l'anatomie pathologique, Raynaud, Cruveilhier, Dance, Velpeau et d'autres sont venus nous apprendre la gravité de cette maladie, la cause souvent cachée, parfois due à l'absorption de matières purulentes entre autres; ils nous ont développé la raison de ces transports de pus, de ces abcès métastatiques dans les poumons, le foie et tous les viscères pourvus d'une riche circulation. Par là ils nous ont expliqué une partie des avantages de la réunion immédiate des plaies ainsi soustraites à la cause des désordres qui font échouer tant d'opérations où l'on panse d'une manière tout à fait opposée.

Que de vague n'y avait-il pas, il n'y a pas bien longtemps, sur la maladie qui emporte si souvent les nouvelles accouchées! N'est-ce pas en interrogeant d'une manière logique l'anatomie pathologique que Dance a trouvé la phlébite utérine et Cruveilhier l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, qui constitue, selon lui, le typhus puerpéral; les conséquences thérapeutiques de pareils faits sont faciles à tirer.

Le centre circulatoire pourrait ici nous occuper longuement, si nous le voulions. L'anatomie pathologique nous a appris les causes de son hypertrophie active dans les rétrécissements de ses ouvertures, de la production de l'apoplexie, quand l'obstacle à la circulation se trouve à la crosse de l'artère en deçà de la naissance des troncs qui en partent. A ce sujet, Corvisart, Kreysig, Burns, Bouillaud et Bertin ont puisé dans l'anatomie pathologique leurs célèbres ouvrages.

SYSTÈME VISCÉRAL.

L'anatomie pathologique de cette partie offre aux chirurgiens et à l'opérateur une large moisson de connaissances; c'est en sachant la cause de l'œdème de la glotte ou phthisie laryngée œdémateuse, de Bayle, qu'un opérateur hardi a pu aller scarifier avec un bistouri boutonné les replis épiglottiques et aryténo-

épiglottiques ; c'est en sachant que la phthisie laryngée se lie très-souvent à celle du poumon, que la laryngotomie ou la trachéotomie est moins bien indiquée dans ce cas que dans celui où il y a arrêt de la respiration par la présence d'un corps étranger dans la trachée. C'est elle qui nous apprend pourquoi ces sortes d'opérations réussissent rarement quand on tarde à les mettre en usage, parce que les poumons sont engorgés et ne peuvent plus permettre l'hématose après l'opération.

Quand le poumon est blessé, le sang et l'air s'épanchent dans la plèvre ou au dehors, et lors même que la respiration est gênée on ne doit pas ouvrir la poitrine pour évacuer le sang ou l'aspirer, car le sang doit arrêter le sang, et c'est l'anatomie pathologique qui l'a démontré.

Dans les blessures des viscères abdominaux, le sang gagne-t-il les fosses iliaques, comme le veut Garangeot, ou bien est-il poussé par une force *a tergo* sans subir les lois de la pesanteur, comme le dit Petit le fils? Ici encore l'anatomie pathologique montre que le sang se circonscrit près de la blessure, quand c'est un petit vaisseau qui a été ouvert, ou qu'il est poussé contre les circonvolutions intestinales ou vers le bassin lorsqu'une grosse artère ou une grosse veine a été atteinte. De là des conséquences pour le diagnostic de ces épanchements, et pour le chirurgien celle de chercher à circonscrire le foyer, à l'ouvrir si cela est nécessaire, comme l'a fait Sabatier dans des cas extrêmes.

L'étude du mode d'adhérence des séreuses et en partie du péritoine a conduit M. Jobert de Lamballe à réunir les bouts de l'intestin divisé de manière à mettre séreuse contre séreuse ; c'est aussi d'après cette connaissance que Dupuytren et autres ont été conduits à faire adhérer les surfaces extérieures de l'intestin dans les anus contre nature.

Puisque nous sommes sur les adhérences, nous allons terminer cette première partie de notre travail par quelques mots sur les cicatrices et les adhérences qui peuvent atteindre tous les systèmes organiques. Quoi qu'on en ait dit, Hunter, Bichat avaient à peine deviné qu'il se formait un tissu particulier dans les cicatrices, et c'est au professeur Delpech que l'on doit la connaissance, non-seulement de la formation du tissu inodulaire, mais encore de ses conséquences pratiques. C'est encore aux recherches de ce grand chirurgien et aux succès obtenus par Toussaint Bordenave que l'on doit l'explication de la tendance incessante de toute coarctation suppurée à revenir sur elle-même, malgré tous les moyens employés, et de savoir comment toute inflammation suppurative des muscles amène leur rétraction puissante, comment enfin toute ouverture anormale peut être formée par la rétraction des inodules. De là, les conséquences chirurgicales les plus rationnelles ; il faut détruire, dit Delpech, le tissu inodulaire et réunir les deux lèvres de la plaie par première intention. Dupuytren a sans doute exercé son génie sur le même sujet, mais il était arrivé à des préceptes tout opposés : Il faut, disait-il, étendre et ramollir le tissu des cicatrices, puis le taillader, afin d'avoir une cicatrice plus étendue ; nous en appelons, du reste, à l'autorité de MM. Bérard, Laugier et autres médecins sortis de l'école de Paris et qui ont pleinement rendu témoignage aux travaux anatomo-pathologiques de Delpech, l'espace ne nous permettant pas d'y insister.

DE L'INFLUENCE DE LA TÉRATOLOGIE (SCIENCE DES ANOMALIES) SUR LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET LES ACCOUCHEMENTS.

On appelle anomalie toute lésion d'organisation formée pendant la vie intra-utérine ; ces lésions peuvent atteindre tous les systèmes organiques que nous examinerons, comme nous venons de le faire pour l'anatomie pathologique, lésions que nous comprendrons sous cinq chefs principaux : 1° les anomalies par absence; 2° par multiplicité; 3° par division : 4° par réunion; 5° par déplacement des parties.

Nous n'examinerons pas ici les absences plus ou moins complètes de la boîte crânienne que l'on rencontre chez les anencéphales, qui ne seraient, suivant Geoffroy-Saint-Hilaire, que des monstres par arrêt de développement relatif, c'est-à-dire chez lesquels le crâne serait resté à l'état embryonnaire, tandis que le reste de l'organisme aurait marché vers un développement plus complet et plus étendu. Nous n'examinerons pas non plus si les crânes en miniature, comme le dit l'auteur de la *Philosophie anatomique,* sont la cause des diverses dispositions monstrueuses qui constituent *les proencéphales, les thlipsencéphales, les notencéphales,* etc. L'accoucheur a surtout à s'occuper de semblables connaissances.

La plupart de ces monstres viennent morts ou vivent à peine quelques heures et n'ont même point la viabilité physiologique; il n'en est pas de même de l'absence de certaines autres portions du système osseux : tels sont les os de la main et les doigts; outre que souvent cette absence n'est qu'apparente et que les doigts sont confondus dans la masse plus ou moins informe que présente la main, il résulte de ces données que non-seulement on peut rendre à la main la forme ordinaire en coupant les membranes interdigitales ou la peau dans laquelle ils sont enclavés, mais encore qu'on est parvenu à fabriquer des doigts en les taillant dans la masse cartilagineuse que le moignon palmaire présente quelquefois. Ainsi Chélius rapporte dans son ouvrage de chirurgie, traduit de l'allemand par M. Pigné, que l'un de ses confrères a réussi dans des tentatives de ce genre. Le professeur d'Heidelberg ne dit pas cependant si ces doigts étaient pourvus de quelques mouvements; mais cette opération, n'aurait-elle rendu que la forme à la main, devrait à tout jamais rester dans le domaine de la chirurgie.

L'absence peut porter sur la totalité ou du moins sur une partie du membre, ce qui constitue les monstres *phocomèles* d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et tels que M. le professeur Dumas en a décrit un exemple qui se trouve encore dans les collections de la Faculté de médecine de Montpellier; comme la pathologie chirurgicale, la médecine opératoire et l'obstétrique ne trouveraient, dans cette étude, que des connaissances sans applications; donc nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet. Il n'en est pas de même de certaines parties du squelette, telles que les cavités articulaires.

La malformation ilio-fémorale, ainsi que le dit le professeur Marjolin, vient d'une aberration de la puissance orthomorphe; c'est une véritable anomalie dont on s'est davantage occupé parce qu'elle entraîne des incommodités sérieuses et qu'elle se présente fréquemment. De là l'étude faite par Dupuytren, Breschet, Delpech; de là les ceintures à gousset de Dupuytren, les appareils mécaniques

de Guérin, du docteur Valin, de Nantes, dont les succès furent si nombreux et si beaux, etc. Mais parmi ces hommes remarquables, les premiers n'avaient pas, à ce qu'il paraît, assez fait attention à la formation de la cavité cotyloïde; car ils la considéraient comme à peu près effacée. Le docteur Humbert, reprenant ces travaux, a trouvé la cavité cotyloïde non assez effacée pour ne pas permettre la réduction de la tête fémorale dans la cavité normale; poussant plus loin, M. Humbert a trouvé qu'il en était de même dans les luxations spontanées, et le moyen de réduction lente lui a réussi. A la vérité, M. Pravaz, qui avait déjà proposé de rétablir l'articulation en ramenant la tête dans la fosse ovalaire, est venu contester devant l'Académie de médecine les succès du médecin de Morlaix; néanmoins il paraît que plusieurs succès sont incontestables, et il n'en est pas moins vrai que c'est une nouvelle voie offerte à la pathologie chirurgicale et à la médecine opératoire.

La multiplicité des parties du squelette porte sur la classe des monstruosités et des anomalies, que Buffon appelait *par excès*. Ici nous trouvons les doigts surnuméraires qui peuvent aller depuis six à chaque main, comme le présentait Anne de Boulen, femme du cruel Henri VIII, jusqu'à douze et au delà, comme j'en donnerai un exemple à la fin de ce travail. De telles anomalies sont plus communes aux pieds; l'auteur de la tératologie en cite plusieurs exemples. Les chirurgiens ont agité la question de savoir s'il fallait enlever les doigts surnuméraires, et ils enlèvent ordinairement ceux qui sont incomplétement organisés et qui n'ont que des phalanges cartilagineuses, comme nous l'avons vu faire souvent et comme nous l'avons fait quelquefois. Il n'en est pas de même pour la multiplicité des membres ou les polymèles d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire; car, dans ces cas, les communications vasculaires entraîneraient des accidents mortels, ainsi que nous le verrons plus loin.

Parmi les divisions du squelette, nous signalerons plus volontiers celle du rachis, le spina bifida qui, selon Meckel, Tiedemann, toute l'école allemande, est dû à un arrêt de développement, et présente une division de la moelle épinière et toujours une poche remplie de sérosité accumulée dans la membrane méningienne, et formant hernie à travers les lames des vertèbres.

C'est contre cette maladie, que Charles Bell a proposé de rapprocher par la suture les lames vertébrales écartées, que Sanson, A. Cooper et d'autres ont pratiqué la ponction avec des succès rares, parce que cette maladie se lie souvent à une lésion de la moelle, telle qu'une paralysie plus ou moins étendue.

C'est pour guérir cette maladie, que les Arabes avaient proposé la ponction et la compression; ensuite un chirurgien allemand a guéri un hydrorachis par ces moyens; preuve, ainsi que le dit Chélius, que la lésion de la moelle épinière ne coexiste pas toujours.

Les réunions du système osseux se font quelquefois entre les deux membres inférieurs d'une manière plus ou moins intime, et l'on a vu des chirurgiens assez hardis pour détacher ces adhérences même profondes, et obtenir quelques succès. On essaya même de détacher deux individus réunis par le sternum ou par un point homologue, d'après cette grande loi: de l'amour de soi pour

soi. Dans les anomalies établies par l'auteur de la philosophie anatomique, la partie cylindroïde intermédiaire fut coupée, mais elle donna lieu à une hémorrhagie foudroyante et à la mort des jumeaux. Toutefois on trouve, dans le *Traité de tératologie*, que des opérateurs ont réussi à enlever de dessus le corps d'un individu bien conformé d'ailleurs, une masse informe que Geoffroy St.-Hilaire nomme parasite, et qu'il considère comme un être imparfait. Les faits de ce genre ne se sont pas reproduits assez souvent pour établir des règles de conduite pour le chirurgien et l'opérateur, qui doivent rechercher encore beaucoup de lumières dans la science des anomalies.

SYSTÈME NERVEUX.

Après avoir parlé des anencéphales et des acéphales, de l'hydrorachis, la tératologie n'offre que peu de chose à dire touchant la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. Pourquoi? Parlerai-je, en effet, de cette absence du système nerveux, de celle des nerfs, l'aneurée de Béclard, de l'absence de la moelle épinière, notée par Morgagni d'après Van Home, de l'imperfection supérieure et inférieure de la moelle? Tous ces faits sont des anomalies dont l'étude est sans résultats pratiques, et je me hâte d'arriver à un système organique bien plus important pour nous, le système vasculaire.

SYSTÈME VASCULAIRE.

Les anomalies du centre circulatoire servent à expliquer quelques espèces de cyanose, par la persistance du trou de Botal, ou la communication des ventricules; malheureusement la chirurgie n'en connaît point le traitement, et quelquefois il arrive, cependant, que cette anomalie n'entraîne aucun trouble dans la circulation, comme on a pu le voir chez le nommé Bouvier, dont le cœur est au conservatoire de l'école de Montpellier.

Les anomalies par absence ou multiplicité des cavités cardiaques, méritent seulement d'être mentionnées. Il n'en est pas de même pour les artères; la multiplicité des troncs principaux des membres entraîne des erreurs chirurgicales souvent très-graves; ainsi on blesse une artère principale du bras, on lie la brachiale au-dessus et dans son trajet ordinaire, et cependant le sang coule de nouveau, on lie l'axillaire, l'hémorrhagie reparait bientôt, le malade meurt, et l'on trouve, à la dissection, deux artères brachiales, ou plutôt la division de la radiale et de la cubitale au haut de l'aisselle. Il en fut de même pour l'artère sous-clavière qui passait entre les deux premières côtes chez un malade, ainsi que le rapportent Hodgson et M. Breschet, son traducteur. On conçoit de quelle importance sont pour le chirurgien de pareilles connaissances : Scarpa, Morgagni, et Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, etc., ont rendu de grands services en étudiant un semblable sujet avec soin et persévérance. Il n'est pas en effet d'artères qui n'aient offert de semblables anomalies : ainsi le docteur Gaillard de Paris rapportait que chez un malade, que l'on opéra de la ligature de la crurale, on trouva ensuite (car il mourut) que cette artère se perdait en capillaires dans les environs du genou, et que la poplitée naissait de l'intérieur du bassin, sortait par l'échancrure sciatique, et donnait les artères de la jambe.

On sent combien devraient éprouver de mécomptes en ce cas, les opérateurs qui tenteraient de lier la crurale suivant le procédé de Hunter.

Rien ne serait plus utile à constater que les anomalies des artères du périnée. Dans les éphémérides de Montpellier, on trouve la description d'une artère vésico-prostatique très-volumineuse traversant la prostate, et se répandant largement dans le périnée. L'auteur fait remarquer combien cette disposition eût été fâcheuse dans une opération de cystotomie périnéale.

Les artères qui naissent de la crosse aortique présentent les plus fréquentes anomalies; ainsi le tronc brachio-céphalique est divisé jusqu'à sa naissance, de manière à ne plus exister. Supposez qu'avec une telle anomalie, on veuille traiter un anévrisme de la carotide primitive ou de la sous-clavière, au moyen de la ligature du tronc brachio-céphalique; une opération grave est tentée, un vaisseau est lié très-près de l'aorte, et néanmoins le kyste s'accroît toujours, se rompt, et le malade meurt sans avoir été même soulagé par une opération aussi douloureuse. Le chirurgien est appelé à pratiquer la trachéotomie pour un cas urgent; il incise et tombe non-seulement sur un lacis dangereux de veines médiastines ou thyroïdiennes inférieures, mais encore sur une artère médiane, la thyroïdienne moyenne de Neubauer, ou bien le tronc carotique qui passe en sautoir sur la trachée.

Je n'en finirais pas si je voulais poursuivre pas à pas toutes les anomalies du système artériel. De cette étude de la tératologie, il doit cependant découler ce précepte, que le chirurgien avisé sur ces aberrations organiques, ne doit plonger l'instrument tranchant que sur la partie qu'il croit le plus à l'abri de toute anomalie, encore doit-il s'être assuré d'avance si rien de pareil n'existe.

L'opérateur doit être aussi prévenu qu'à la suite d'une grande opération, telle que l'amputation d'un membre, il ne doit pas lui suffire de rechercher et de lier les vaisseaux dans les points où l'anatomie les lui indique, mais aussi dans d'autres points où ils peuvent se présenter par anomalie.

SYSTÈME VISCÉRAL ET MUSCULAIRE.

Ici nous aurions à signaler les diverses anomalies des viscères et des muscles; tous les viscères peuvent être atteints d'anomalie, par absence partielle ou totale, puis par division, anomalie sur laquelle nous voulons dire quelques mots qui intéressent le chirurgien. Le professeur Dzondi a parlé de fistules trachéales qu'il a observées sur plusieurs individus, et qu'il a tenté de fermer en imitant le procédé de Sanson, c'est-à-dire en prenant de la peau sur les parties environnantes et en formant un bouchon maintenu par suture.

Les anomalies par réunion peuvent affecter les paupières, que le chirurgien détache les unes des autres; il peut y avoir persistance de la membrane pupillaire, ce qui a nécessité quelquefois, d'après J. Cloquet, une opération de fausse cataracte selon le langage du professeur Beer. Peut-on regarder comme anomalies, la formation des cataractes congéniales, soit cristallines, selon Gyblin, soit membraneuses, selon Saunders. Quoi qu'il en soit, l'opération de la cataracte est encore indiquée, mais à quelle époque doit-on la

faire? Les oculistes anglais surtout sont dans un grand désaccord à cet égard.

Le professeur Sallesa a tenté de rétablir l'audition dans plusieurs cas d'occlusion congéniale et osseuse du conduit auditif externe; le succès n'a pas toujours répondu à son attente; A. Cooper a également, en pareil cas, perdu un malade sur deux opérés.

L'occlusion des narines a nécessité la section de la membrane obturatrice. Le défaut du canal nasal a obligé Dupuytren à creuser, à tarauder un canal dans l'épaisseur de l'os. Parlerai-je des adhérences partielles ou totales de la langue? De simples incisions suffisent pour remédier à ces anomalies. Qui ne connaît le bec-de-lièvre, ses diverses formes, et les opérations qui leur conviennent?

Les anomalies des organes de la génération devraient ici beaucoup nous occuper; mais notre cadre étant trop restreint, nous nous contenterons seulement d'en dire quelques mots. Ainsi, Dupuytren a créé presque en entier un nouveau canal, en le creusant dans l'épaisseur des corps caverneux, chez un malade atteint d'hypospadias; la descente tardive et anomalique des testicules de l'abdomen dans le scrotum, a entraîné les accidents de l'étranglement et l'opération qu'il nécessite.

L'imperforation de l'anus a nécessité l'incision de la valvule obturatrice pratiquée par J. Louis Petit, ou même la formation d'un anus artificiel quand le rectum manquait, en pénétrant par la région lombaire ou même iliaque gauche.

Combien la connaissance des anomalies de la matrice éclaire-t-elle les accouchements? Certaines imperforations impliquent la nécessité de l'incision du museau de tanche obturé et ne permettent pas le passage aux règles, qui le distendent considérablement. Je passe sous silence la descente des ovaires dans la matrice, et autres anomalies, pour arriver à une anomalie par laquelle je terminerai, je veux parler ici du pied-bot. A quoi est due la torsion du pied en dedans ou varus, en dehors ou valgus, en arrière ou pied équin, en avant, etc.? C'est à un arrêt de développement des muscles, selon Serres; à une rétraction simple et habituelle, selon Delpech; à la retraite convulsive, selon Guérin, etc. Quoi qu'il en soit, cette anomalie assez fréquente offre au chirurgien un champ vaste et brillant pour exercer son art. Ainsi Thilenius, médecin des environs de Francfort, coupe le tendon d'Achille en le mettant à jour, et le pied revient à sa forme et à sa position normale. Delpech, Stromeyer ont coupé le tendon sans le mettre à nu, et la même réussite a eu lieu sans accidents. Bouvier se sert d'une simple aiguille qu'il passe entre la peau et le tendon. Un professeur de l'école de Montpellier, à l'exemple de Pravaz, est allé de la partie antérieure vers le tendon, et sans le mettre à nu. La section est suivie de l'écartement des bouts et d'un épanchement de lymphe plastique dans leur intervalle, de la formation de la cicatrice, du rétablissement des formes et des mouvements; c'est un bien beau résultat, et c'est l'étude de ces anomalies qui a permis de reconnaître la forme des articulations du pied et du coude-pied, la direction du tendon, la rétraction musculaire, etc., de manière à donner au chirurgien et à l'opérateur, l'indication à remplir et des succès à obtenir.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE OU QUELQUES-UNES DES DÉCEPTIONS DES PRATICIENS DES PETITES LOCALITÉS ET DES MOYENS DE LES PRÉVENIR; *par M. le docteur* E. PUTEGNAT (*de Lunéville*), *Membre correspondant de la Société*.

> .... *Quæque ipse misserrima vidi,*
> *Et quorum pars magna fui.....*
> (VIRGILE.)

> Celui qui n'a pas vécu comme nous, de l'humble et laborieuse vie du médecin de province, sans accointances avec le grand monde et les autorités, dont la faveur met en renom; celui-là ne peut savoir combien la profession médicale est semée de dégoûts.
> (ALEX. MAYER, *Presse méd.*, 8 janvier 1853.)

§ 1er. — A une époque où le corps médical, si honorable par sa science, sa moralité et par les services qu'il rend à l'humanité, au péril de sa vie et de sa réputation ; dans un temps, dis-je, où le corps médical, malgré la protection d'une magistrature intelligente, voit de ses membres instruits et consciencieux, traînés, par la rapacité, à la barre des tribunaux, tout médecin, qui n'abaisse point sa profession au niveau d'une spéculation industrielle, est tenu d'en défendre les intérêts.

Tel est le but que je me propose en écrivant ce petit travail. Il est noble, et, parce qu'il est digne d'une plume plus habile que la mienne, j'ai la conviction que les hommes qui cultivent les sciences médicales (j'entends ceux qui ont le cœur haut placé et l'âme fière, et sur le drapeau desquels on lit ces mots : *Loyauté, science, dévouement*), connaissant, par expérience, cette maxime : *Si desint vires, tamen laudenda voluntas,* me sauront gré de mes efforts.

§ 2. — Qu'un praticien instruit et honnête vienne, en traitant même avec désintéressement, une maladie qui pourrait entraîner une mort très-prochaine, à causer un accident (une saignée malheureuse, par exemple), soit par suite de l'indocilité du patient, soit par inadvertance, résultat de trop de précipitation pour sauver la vie (*occasio celeris,* a dit Hippocrate); qu'un chirurgien habile commette un homicide involontaire dans l'exercice de son art (on n'a pas encore oublié le procès Triquet); que des accoucheurs connus ne puissent délivrer heureusement une femme, bien qu'ils se soient assistés mutuellement de leurs conseils et de leurs forces physiques (on se rappelle l'affaire Thiaudière), eh bien! tous, accoucheurs, chirurgiens et médecins, pour pareils malheurs, peuvent être amenés devant les tribunaux!

Comment donc! Dans ces circonstances, des juges, qui ignorent même les premiers éléments de cette science, si longue, comme l'a dit le *vieillard de Cos*, et, au sujet de l'application de laquelle un de nos pères a écrit ces paroles : *Multa in præcipiti periculo rectè fiunt, alias amittenda* (CELSE, *De medicina*, liber III, caput XVIII).

Mais, dit-on, la justice se fait éclairer par des hommes compétents. Je le sais, et je ne doute point de la sagesse de la magistrature. Cependant, quel est le praticien qui ignore qu'une question de diagnostic, de thérapeutique, est résolue, chaque jour, contradictoirement même par des maîtres!

Hippocrate n'a-t-il point écrit : *Judicium difficile!* Celse n'a-t-il pas dit : *Vix ulla generalia præcepta reperias!* Et aujourd'hui nos doctrines dissidentes ne démontrent-elles pas ces grandes vérités! Qui ne connaît la distance qui sépare les chancriers des syphiliographes contagionistes! Qui ne sait que, tandis que les uns traitent la pneumonie par les saignées coup sur coup; d'autres la combattent, qui, par le musc et le vin; qui, par les antimoniaux; qui, par la vératrine, qui par le chloroforme!

Au lieu de prendre l'inflammation pulmonaire pour exemple, je pourrais citer : le rhumatisme aigu, la fièvre typhoïde, l'orchite blennorrhagique, etc., etc.

La faillibilité n'est-elle point inhérente aux experts, à ceux qui ont la mission d'appliquer la loi! Pourquoi donc alors exigerait-on l'infaillibilité du docteur!

Est-ce que l'honnête praticien, qui n'ignore point cet aphorisme : *medici partium est eniti ad reperiendam sanitatem*, ne porte pas au dedans de lui un tribunal suprême? Doit-on compter pour rien et notre conscience et notre responsabilité envers nos semblables!

« Savez vous, dit Munaret, ce qui tue sourdement un médecin avant son heure dernière (1). Ce sont ces peines morales à lui seulement connues, c'est une responsabilité surhumaine au droit de vie et de mort, qui l'empêchent de dormir sur l'oreiller le plus doux... C'est la fièvre de toutes les fièvres qu'il traite, issue incertaine, d'où peut dépendre, avec la vie de son client, sa réputation et jusqu'à son avenir... »

Malgré ces vérités incontestables, le praticien connu par sa probité, sa prudence, son dévouement ; du savoir duquel la société s'est assurée suivant le vœu de la loi, est exposé, pour un acte commis involontairement dans l'exercice de son art, à subir une condamnation en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil et des articles 319 et 320 du Code pénal.

§ 3. — Il est tout naturel de penser que lorsqu'il a dignement satisfait aux épreuves longues, dispendieuses, rebutantes et dangereuses, exigées par la loi, seul, le médecin diplomé exercera son art et participera, suivant son travail et les preuves qu'il aura données de son savoir et de son intelligence, aux faveurs de la fortune! Hélas! trois fois hélas! Que de cœurs honnêtes doivent être froissés !

Les heureux du jour, les protégés de la vogue, trop souvent aveugle, et les intrigants sont à l'abri de ce mal. Ce sont ceux dont la tâche est la plus pénible ; ce sont ceux (pour nous servir des expressions de feu le docteur A. Frédéricq), qui privés de toutes les commodités de la vie, auxquels une misérable clientèle dispute le temps des repas, refuse les moments indispensables au repos, et qui, chaque jour, rentrent dans leur famille, l'esprit fatigué, le cœur navré, le corps courbaturé; ce sont, dis-je, les praticiens des petites localités qui sont le plus à plaindre.

Ne voient-ils point des effrontés charlatans exploiter la crédulité du peuple,

(1) Tandis que la durée moyenne de la vie du prêtre est la plus longue, celle du médecin est la plus courte.

et des sots, en ne courant le risque que d'une punition, trop légère si l'on a égard à la gravité des circonstances.

Quels sont mes collègues des petites localités, qui n'ont point à lutter, dans leur rude et pauvre clientèle, contre des prêtres médecins et chirurgiens.

Que de fois ne m'a-t-on point appelé auprès de malades succombant, et traités par des ecclésiastiques qui s'étaient imposés, proclamant audacieusement et leur savoir, et l'inutilité des secours d'un homme de l'art!

N'existe-t-il pas encore quelques-uns de ces hommes qui, quoique exerçant une profession honorable, s'avilissent, entraînés qu'ils sont par le seul mobile du lucre, en essayant de pratiquer le divin art, derrière l'enseigne de leur officine, et ravaler ainsi, non leur science, mais leur personne, au niveau de celle du rebouteur et du magnétiseur!

Pourquoi donc voyons-nous des gens qui n'ont point fait nos études spéciales, se couvrir du masque de la philanthropie pour critiquer nos ordonnances, enlever le pain à d'honorables pères de famille et se rendre très-coupables, parce qu'ils violent sciemment la loi et ce précepte : *Ne point nuire à autrui!*

§ 4. — A Dieu ne plaise que l'on pense que je suis opposé aux sociétés de prévoyance, si utiles aux vrais travailleurs! Personne plus que moi n'applaudit à ces institutions fondées sur le principe de l'association, dont la nécessité est éloquemment tracée dans les *Paroles d'un Croyant;* cependant, je ne dois pas omettre de démontrer combien certaines sont onéreuses au corps médical des petites localités, par leurs prétentions.

Celles-ci ne s'élèvent-elles pas jusqu'à vouloir exiger du praticien, par la menace de le priver de ses honoraires, légitimement gagnés :

1° La cause originelle de l'affection pour laquelle il traite un de leurs affiliés;

2° La nature de celle-ci;

3° La désignation dans les termes les plus usités, tels qu'ils se trouvent dans le dictionnaire de la langue;

4° Sa désignation par des termes techniques, afin de donner le change au client et d'éclairer les agents de la société.

Sans m'arrêter à démontrer que les deux premières exigent toujours ce qui, très-souvent, est impossible, et la flagrante contradiction qui existe entre la troisième et la quatrième, non moins ridiculement exagérées que les deux autres, je me contenterai de faire remarquer que le praticien est réduit fréquemment à la médecine des symptômes, et que, outre sa conscience et le précepte tiré du serment du médecin, proclamé il y a vingt-deux siècles, par le grand oracle de Cos : *Quæ vero inter curandum, aut etiam medicinam minime faciens, in communi hominum vita, vel videro, vel audiero, quæ minime in vulgus offerri oporteat, ea arcana esse ratus, silebo;* il a pour guide la loi, ou l'article 378 du Code pénal. Devant cet article (les médecins et les jurisconsultes ne l'ignorent point), la justice même doit s'arrêter, lorsque le médecin déclare que ce qui a eu lieu entre lui et son client a été confidentiel, suivant une décision de

la Cour suprême, en date de l'an 1845 (avocat, Paul Fabre; avocat général, Quesnault).

§ 5. — Après avoir entendu cette triste énumération, quel est l'homme instruit et de cœur, qui ne s'écriera : *Ah! c'en est trop!* Hé bien, cependant, je n'ai pas encore tout dit!

Chaque petite localité a ses coteries. Que le docteur se laisse gagner par l'une, l'autre le déchirera. Que, cherchant à ménager la chèvre et le chou (qu'on me pardonne ce vieux dicton) ou que, par conscience, il ne soit ni de l'une ni de l'autre, il sera mal vu par les deux partis. Alors gare son pain; des gens, d'autant plus dangereux que tous les moyens leur sont bons pour arriver à leur fin, tâcheront de miner sa clientèle.

Dans la petite cité, les faveurs ne sont point distribuées aux docteurs en raison directe de la capacité dont chacun a donné des preuves dans sa pratique et par ses succès dans la presse scientifique et les concours : le plateau vide de la balance monte, le chargé descend.

N'ayez point d'accointances avec le grand monde et les autorités; quel que soit votre mérite, vous courrez grand risque de rester dans l'oubli.

Dans les grandes villes, ce n'est que par le concours qu'un docteur entre dans un hôpital. Jadis, deux places de médecin étaient vacantes, à l'hôpital de ma bonne cité; seul, j'ai demandé le concours; celui-ci fut refusé et moi seul point élu.

Un médecin de province aurait-il à mettre au jour des œuvres! Allons donc! lui diraient les éditeurs, votre travail ne saurait rien valoir; vous n'êtes point de la capitale! (1).

Si, dans des concours pour des prix, osant lutter contre des maîtres ne cultivant qu'une seule branche de l'art de guérir et travaillant dans un lieu qui sue la science par tous les pores, au milieu de riches bibliothèques, il est vainqueur, à peine si un faible écho daigne répéter le nom de celui qui est, à la fois, médecin, chirurgien, accoucheur, dentiste!

Si, au contraire, par hasard, il a échoué, pas un mot pour celui qui, privé des ressources des grandes villes, des conseils de savants, a recueilli et rédigé ses notes pendant ses courses fatigantes, à cheval ou sur un mauvais chariot, exposé à la pluie, aveuglé par la neige, tantôt engourdi par le froid, tantôt brûlé par un soleil abrutissant.

Ainsi, d'un côté : plaisir, confortable, ressources; de l'autre : labeur, fatigues, difficultés et éloignement des sources qui alimentent et fécondent la science, et, cependant, même but!

Et la clientèle! Tandis que le docteur de grande cité, mis en vogue quelquefois par l'intrigue, ne quitte sa voiture que pour s'étendre sur des coussins moelleux, dans des appartements parfumés, où règnent la propreté et le luxe, qu'il est gracieusement accueilli et généreusement récompensé par ses clients, avec lesquels il peut causer science, art, littérature; celui de petite localité, bien

(1) Ces paroles m'ont été adressées par un professeur de Strasbourg.

souvent aussi méritant que son heureux confrère de la grande ville, ne rencontre que misère, malpropreté, air infecté de miasmes; il n'a qu'un escabeau pour reposer son corps détraqué, personne avec qui il puisse converser, et, pour honoraires, quelques menues monnaies; heureux encore quand, au lieu de recevoir, il ne donne pas!

Et l'ingratitude, dont le venin détrempe si fréquemment, hélas! le pain du pauvre praticien, qu'il a payé avec l'écu dont le public, comme l'a dit Munaret, croit avoir payé, lui aussi, sa vie ou sa santé, faut-il l'oublier dans l'énumération des peines des médecins des petites localités!

§ 6. — Pour rester dans le vrai, nous devons reconnaître que, trop souvent, ces déboires sont une des conséquences fatales de la conduite des médecins. Aussi, je n'admets point que nos maux soient incurables, je pense avec M. Fallot qu'il existe un remède contre eux, infaillible et prompt dans ses résultats.

Que les praticiens des petites localités, ayant conscience de la sublimité de leur mission, ne s'abaissent point jusqu'à l'intrigue; qu'ils ne s'avilissent point par le valetage; qu'ils n'oublient point que le riche doit toujours payer et le pauvre toujours être secouru gratuitement; que la médecine au rabais est déshonorante, parce qu'il ne peut exister de comparaison entre la profession médicale et les professions mercantiles; enfin, qu'ils sachent bien qu'ils sont, non des individualités, mais des membres d'un corps et que, dans l'intérêt de celui-ci, ils doivent faire justice de leurs rivalités et de leurs dissentiments de doctrine, de caractère et de position.

Mais, me dira-t-on, c'est l'âge d'or médical que vous demandez!

Permis à moi, qui ai le cœur déchiré, l'âme triste et pleine d'amertume, de me distraire, par cet espoir, des rêves déçus d'une ambition juste et honorable, plutôt que d'avoir du fiel sur les lèvres.

DE LA FRACTURE DE LA ROTULE ET DE SON TRAITEMENT (*Der Bruch der Kniescheibe und dessen Heilung*); *par le docteur* HORST BRETSCHNEIDER, *chirurgien en chef de l'hôpital de Gotha*, etc. — Gotha, 1851.

(*Rapport lu par* M. CROCQ, *dans la séance du* 6 *février* 1854.)

L'auteur a divisé son ouvrage en 10 paragraphes, dont le premier est consacré à l'historique succinct et à la bibliographie du sujet. Il appelle dans sa préface l'indulgence du lecteur sur les lacunes que cette partie pourrait présenter, vu qu'il n'a à sa disposition que sa bibliothèque particulière. Il n'avait pas besoin de cette excuse, car il y a bien peu de choses à dire sur son énumération. Elle est complète, surtout en ce qui concerne l'Allemagne et l'Angleterre. Il est toutefois une lacune que nous ne pouvons passer sous silence, l'auteur ne cite pas les travaux publiés en Belgique, parmi lesquels ceux de M. Seutin auraient à coup sûr plus que bien d'autres mérité d'y figurer.

Le premier auteur qui mentionne explicitement les fractures de la rotule est

Soranus, qui vivait 400 ans après J.-C.; viennent ensuite Paul d'Égine, Avicenne et Albucasis. Il cite deux cas d'absence congénitale de la rotule, dans lesquels la marche était restée possible. Il passe ensuite à l'examen de la question de savoir, si les fractures transversales peuvent guérir par un cal osseux. Callisen le niait; Sheldon, Gelliver, Langenbeck, l'admettaient. Voici les conclusions qu'il tire de cet examen :

1° La guérison par un cal osseux est possible lorsque l'os seul est cassé, les tissus fibreux et aponévrotiques restant intacts.

2° La guérison par l'interposition d'un tissu ligamenteux (sans cal) aura lieu lorsque le tissu aponévrotique aura été déchiré, ou bien dans le cas où la fracture serait le résultat d'une maladie de l'os.

Même après ces conclusions, il ne sera pas inutile de connaître celles énoncées en 1837 par Gelliver :

1° Si l'aponévrose est complétement divisée, on ne peut pas espérer une réunion osseuse des fragments.

2° Dans les fractures transversales, la réunion osseuse faisant défaut, les fragments et le tissu fibreux interposé n'en sont pas moins pourvus de vaisseaux ; le défaut de réunion ne peut donc être attribué à l'insuffisance de la nutrition.

3° Lorsque la réunion d'une fracture transversale a lieu par de la substance fibreuse, souvent il se forme sur les bouts fracturés un dépôt osseux qui les fait ressembler à deux os distincts et symétriques.

4° La réunion osseuse est la suite du rapport exact des fragments, déterminé dans beaucoup de cas par l'intégrité de l'aponévrose à la partie antérieure.

5° La substance osseuse de nouvelle formation est produite par les extrémités fracturées; le tissu cellulaire ambiant ne s'ossifie que rarement ou jamais.

Dans le § 6, l'auteur établit les diverses espèces de fractures de la rotule. Elles sont transversales, longitudinales ou obliques. Les premières peuvent être le résultat d'une violence directe, ou bien de la contraction musculaire.

M. Horst Bretschneider établit parfaitement l'action de celle-ci : Ainsi, on se casse la rotule dans une chute en arrière, ou bien lorsque, dans une chute en avant, on étend fortement la jambe pour se retenir ; ou bien lorsque, dans une circonstance quelconque, un pied étant soulevé ou portant à faux, on fait un violent effort avec les muscles de l'extrémité du côté opposé. Ces fractures peuvent aussi être la suite d'une maladie de l'os qui altère sa texture et sa solidité; Ruysch et Ledran l'avaient déjà reconnu, et Vrolik l'a positivement démontré.

Dans le § 7, M. Horst Bretschneider distingue les variétés suivantes :

1° Fracture longitudinale ;

2° Fracture transversale :

A. Par contraction musculaire ;

B. Par suite de ramollissement partiel de l'os ;

a. Avec déchirure de l'aponévrose et du ligament capsulaire ;

b. Sans lésion de ces parties.

3° Fracture comminutive.

Sous un autre point de vue, il énumère les variétés suivantes :

A. Fracture simple ;

B. Fracture compliquée :

1° De déchirure de l'aponévrose et du ligament capsulaire ;

2° De contusion des parties molles et d'écrasement des fragments osseux ;

3° De plaie des téguments ;

4° De plaie pénétrante de l'articulation du genou.

A propos du diagnostic, l'auteur insiste surtout sur la déchirure des parties molles ; lorsqu'elle est peu considérable, l'écartement est faible et le blessé peut encore marcher en traînant la jambe ; lorsqu'elle est étendue, l'écartement peut aller jusqu'à 5 pouces et la marche est impossible. L'importance de cette condition a été établie par notre collègue M. Seutin, dans la deuxième édition de son *Traité de la méthode amovo-inamovible*.

Le pronostic est moins défavorable qu'on ne le croyait autrefois. Dans la plupart des cas, on peut aspirer au moins à une consolidation fibreuse avec écartement tellement restreint que le genou conserve sa mobilité. Bien entendu un écartement considérable des fragments, la fracture comminutive, les plaies, sont des circonstances qui l'aggravent.

M. Horst Bretschneider passe ensuite au traitement. Il prescrit de traiter d'abord l'inflammation par des applications froides et astringentes, et si elle est intense, par la saignée, les sangsues et la glace. On voit qu'il n'a pas connaissance des recherches de M. Seutin, confirmées par l'expérience de M. Velpeau (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris, 1841). En effet, d'après ces chirurgiens, le meilleur moyen de combattre le gonflement et l'inflammation, c'est d'appliquer immédiatement un appareil immobilisateur et compressif tout à la fois.

Lorsque les symptômes d'inflammation et le gonflement ont disparu, ou qu'ils n'existent pas, on procède à la réduction. Grâce à l'action du chloroforme, qui relâche les muscles, elle est presque toujours possible. On rapproche les fragments, on place deux petites longuettes au-dessus et au-dessous des fragments, et on les maintient par quelques tours de bande en 8 de chiffre, que l'on enduit d'amidon. On remplit de charpie le creux du jarret, et on recouvre tout le membre de tours de bandes amidonnés, formant des doloires ascendants le long de la cuisse, descendants le long de la jambe. Sur la rotule même, restée à découvert, on place une bande mince de gutta-percha ramollie par l'eau bouillante. Le membre est placé sur un plan incliné faisant un angle droit avec le tronc ; la jambe est placée dans l'extension modérée.

Cette méthode rend possible la réunion immédiate des fragments, et fait éviter la plupart du temps un écartement considérable. Dans les cas où celui-ci est opiniâtre, cet appareil ne suffit plus, et il faut recourir à celui de Böheim. Qu'est-ce que l'appareil de Böheim? Votre rapporteur l'ignore, messieurs, et l'auteur n'en dit absolument rien. Il énumère simplement, sans aucun détail, les différents appareils qui ont été mis en usage. Nous ne trouvons pas dans cette énumération le nom de M. Seutin, pas plus que celui de M. Velpeau. L'au-

teur cite seulement ce qu'il appelle le bandage amidonné simple, qu'il attribue à Günther et à Meyer, et qu'il range parmi les bandages roulés. Il ne connait pas même de nom la méthode amovo-inamovible; il ne se doute pas de ce qu'est l'appareil de M. Seutin, avec ses attelles postérieure et latérales. Il ne connaît pas davantage l'appareil dextriné de M. Velpeau. Pourtant, en 1851, époque où son livre a été écrit, ces méthodes étaient bien connues.

Dans les fractures comminutives ou compliquées, il repousse l'amputation immédiate, et prescrit une position convenable, la réunion des plaies par la suture ou par le collodion et le traitement antiphlogistique, sans tenir compte de l'existence de la fracture. S'il avait connu le bandage amidonné, il aurait su que l'on peut fort bien concilier le traitement de celle-ci avec les indications fournies par les complications.

M. Horst Bretschneider cite ensuite plusieurs observations, empruntées la plupart à des ouvrages ou à des recueils anglais, pour prouver que les fractures compliquées peuvent guérir sans amputation. Il y donne fort peu de place à l'indication du traitement, du reste passablement insignifiant dans tous ces cas (ce sont des applications émollientes ou résolutives).

Dans la fracture longitudinale, on entoure le genou d'une bande en gutta-percha de 4 pouces de largeur, puis on place sous le membre une attelle qui va du milieu de la cuisse au milieu de la jambe.

Dans les fractures transversales, l'auteur conseille de laisser le malade au lit jusqu'au 28me jour. A partir de cette époque, on peut imprimer au membre de légers mouvements passifs; lorsqu'on veut permettre la marche, il faut faire usage de béquilles. Encore une fois, si l'auteur avait connu la méthode amovo-inamovible, il aurait su qu'on peut laisser marcher dès les premiers jours, sans inconvénient et sans danger. Dans les cas de fracture non guérie ou de fractures anciennes avec écartement considérable, il conseille, d'après Dieffenbach, la section sous-cutanée des tendons du muscle triceps de la cuisse.

Cette brochure se termine par un relevé de 77 cas de fracture de la rotule, recueillis depuis 1565 jusqu'à 1847. Ce relevé offre fort peu d'intérêt. Nous vous ferons seulement remarquer qu'il cite trois fractures guéries par Weickert au moyen de l'appareil de M. Seutin; sur ces trois cas, deux ont offert la production d'un cal osseux; le troisième a été perdu de vue. Comment, en présence de ces résultats connus de lui, M. Horst Bretschneider, n'a-t-il pas même mentionné cet appareil dans le cours de son travail?

En résumé, Messieurs, cette brochure offre des recherches intéressantes sur la bibliographie et sur le mécanisme de l'écartement des fragments dans les fractures transversales. Mais, comme nous l'avons fait ressortir, au point de vue du traitement, qui était le plus important dans le sujet que l'auteur a traité, il y a des lacunes regrettables. Des travaux importants, des méthodes employées avec des succès remarquables, sont passés sous silence. Elle constitue donc un essai, une étude qui n'est pas sans intérêt, mais elle ne justifie pas le titre de *monographie* que lui a donné l'auteur, et qui implique une connaissance approfondie et un exposé complet du sujet.

II. REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Médecine et Chirurgie.

De la pneumonie aigue et de son traitement par le proto-chlorure de mercure sans émissions sanguines; par le docteur WITTICH, d'Eisenach.

Comme on le sait, le premier de ces moyens a été recommandé d'une manière très-pressante par Hamilton et par Amstrong, et employé depuis par plusieurs médecins allemands et même français. L'auteur pense cependant que les résultats n'en ont pas été aussi favorables qu'ils auraient pu l'être, parce que ce traitement n'a pas été employé convenablement, et surtout parce qu'on l'a fait toujours précéder par les saignées. Or, rien n'est mieux prouvé cependant, dit-il, par les expériences de Gilibert, Van Helmont, Neumann, Krüger-Hausen, Peschier, Jahn, ainsi que par les succès annoncés par l'école homœopathique, enfin, par les nombreuses guérisons de pneumonie qui n'ont pas été traitées, que la pneumonie peut au moins se passer de la saignée.

Voici, en définitive, quel est le mode de traitement auquel l'auteur s'est arrêté: Il rejette complétement les doses trop élevées employées par les Anglais, de 0,60 à 2 grammes, par exemple, susceptibles de produire des gastro-entérites, et qui passent trop vite dans l'intestin pour être prises par l'absorption. D'un autre côté, les doses de 0,05 à 0,10, données par les médecins français et allemands, sont trop faibles. Il s'est donc arrêté, à la suite de plusieurs expériences, à la dose de 0,30 chez l'adulte, et jamais il n'en a vu le moindre effet nuisible. Chez les enfants de 1 à 5 ans, la dose est de 0,10 à 0,20.

Si l'hépatisation est très-étendue, si sa marche est rapide, l'auteur donne trois doses, dont chacune de 0,30, avec addition de carbonate de magnésie de deux en deux heures. Après l'administration de ces médicaments, le malade est abandonné à lui-même jusqu'au lendemain. Si l'hépatisation s'est arrêtée, pas de nouvelles prises du médicament; si, au contraire, l'hépatisation a encore marché, on répète les mêmes doses de 0,30, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que l'arrêt de l'hépatisation ou bien le commencement de la résolution, ou bien encore l'apparition des premiers phénomènes de la salivation mercurielle (fétidité de l'haleine, tiraillements dans les mâchoires, douleurs dans les gencives, ou des selles fréquentes, verdâtres, avec ténesme, sanglantes ou sanguinolentes), prouvent que l'inflammation est vaincue. Rarement, il est des cas qui résistent à ce traitement plus de sept jours.

Lorsqu'on a affaire à l'hépatisation grise, la résolution n'a pas lieu dans le temps qui vient d'être indiqué. La persistance plus grande de l'hépatisation ne doit pas cependant engager à continuer le calomel plus longtemps que dans les cas précédents, pourvu cependant que l'hépatisation ne s'étende pas; parce que quelques grains de calomel donnés au delà des limites indiquées, produisent souvent une salivation abondante, susceptible de retarder la convalescence. En général, il n'est pas besoin, même dans ces cas défavorables, de donner d'autres moyens que le calomel; dans un cas, cependant, l'administration du sel de nitre et du tartre stibié ont paru hâter la résolution.

Le traitement de la période de congestion est le même que celui qui vient d'être décrit. Si les malades sont très-robustes, les phénomènes rapides dans leur marche, la maladie cède bientôt à des doses de 0,30 (0,90 de deux jours l'un), continués jusqu'à l'apparition des crises ou à la disparition des phénomènes locaux, ou à l'apparition des premiers phénomènes de salivation. On obtient les mêmes résultats pour les constitutions plus faibles avec des doses de 0,20 de calomel.

Pour donner au lecteur une idée aussi exacte que possible de ce mode de traitement, nous citerons textuellement l'une des vingt-trois observations dont M. Wittich a fait suivre son mémoire:

Mme N..., âgée de 36 ans, ouvrière, mère de six enfants, enceinte du septième et parvenue au sixième mois de sa grossesse, tomba malade le 6 mai, avec tous les symptômes généraux fébriles et un point de côté vers l'hypochondre droit, accompagné d'une toux très-pénible, d'anxiété et de dyspnée. Crachats visqueux, safranés. Appelé le 10, M. Wittich put constater l'état suivant : Pommettes animées et le reste du visage d'une teinte ictérique, orthopnée, respiration très-courte, entrecoupée, chaleur mordicante à la peau, pouls très-accéléré, urines rou-

ges, brûlantes, délire nocturne, constipation dès le début de la maladie, langue rouge, avec un enduit blanchâtre. Hépatisation du poumon droit. Traitement : calomel 0,30, répéter cette dose trois fois de deux en deux heures. Selles verdâtres à la suite. Le 11, pas de médication. Le 12, tous les symptômes subjectifs augmentent, l'hépatisation s'étend de haut en bas jusqu'à la base du lobe supérieur et latéralement d'arrière en avant. Il ne reste qu'une portion du bord antérieur large de deux pouces et longue de quatre pouces, où la sonorité soit conservée, avec respiration vésiculaire indéterminée. Partout ailleurs le son de la percussion était *vide*, avec augmentation de résistance et bronchophonie parfaite, 60 respirations, 120 pulsations. La voussure du thorax en arrière et du côté malade était considérablement diminuée. Crachats sanglants (on reprend le traitement du 10). Le 13, arrêt de l'hépatisation, les phénomènes subjectifs continuent. Le 14, crise par les urines, commencement de la résolution; disparition des crachats sanglants. La résolution continue de se faire jusqu'au 16 de haut en bas et est arrivée au tiers inférieur du lobe; la crise par les urines et par la peau continue. La douleur pleurétique diminue, la respiration devient plus libre, les crachats de catharre apparaissent, quoique peu abondants, le sommeil revient. Le 17, le tiers inférieur du lobe est également dégagé, 30 respirations et pour chaque, 3 à 4 pulsations; légère affection des gencives depuis le 15. La convalescence est très-rapide; les symptômes mercuriaux disparaissent d'eux-mêmes.

(*Union médicale*, N° 23.)

Des conditions pathologiques de l'urine dans le typhus et la fièvre typhoïde; par M. George W. Edwards. — Le docteur Edwards partage les idées de Jenner sur les différences symptomatiques et étiologiques de la fièvre typhoïde et du typhus fever (1). Il cherche dans le travail que nous analysons à faire voir que l'urine présente des conditions tout à fait différentes dans ces deux maladies.

Dans le typhus fever, elle serait généralement pâle, peu dense, et contiendrait de l'albumine au début de la maladie. Cette spécification des caractères de l'urine du typhus fever résulte d'un grand nombre d'expériences dont les résultats sont consignés dans des tableaux annexés au mémoire. Sur 20 cas de typhus fever où les urines furent examinées, 14 fois du sixième au dix-huitième jour, l'urine avait une pesanteur spécifique peu considérable et contenait de l'albumine, 6 fois les urines ne furent essayées qu'après le vingtième jour, et l'albumine avait disparu.

Dans la fièvre typhoïde, l'urine aurait une coloration ambrée et une pesanteur spécifique assez élevée. Au début de cette affection, le précipité déterminé par les acides ne serait pas de l'albumine. Bien que ressemblant, sous beaucoup de rapports au précipité albumineux, il en diffère en ce sens qu'il ne se redissout pas par la solution de potasse ou à l'aide d'un excès d'acide, que la chaleur le fait disparaître aussi, et qu'il reparaît dès que le liquide se refroidit. Ce précipité, composé très-probablement d'urates, n'est point particulier à la fièvre typhoïde; on l'a rencontré dans des méningites et dans la scarlatine.

A propos de ces observations sur les urines albumineuses et non albumineuses, il faut rappeler qu'au début du typhus fever on a trouvé généralement les reins très-congestionnés, et que dans la fièvre typhoïde avant le quatorzième jour ces organes ne sont pas ordinairement le siége d'une hyperémie considérable.

Les conclusions de ce travail sont renfermées dans les propositions suivantes : L'albumine se montre dans les urines au début du typhus fever, dans tous les cas; il y a en même temps une diminution de la pesanteur spécifique de ce liquide. Dans la première période de la fièvre typhoïde; on ne trouve pas d'albumine, l'urine a une densité considérable et présente un excès d'urate d'ammoniaque.

(*The monthly Journ. of med. Science* et *Gazette médicale de Paris.*)

Des caractères séméiologiques des urines qui déposent de l'oxalate de chaux, par M. DOUGLAS MACLAGAN.

On a exprimé les opinions les plus contradictoires sur la signification pathologique des urines à l'oxalate de chaux. Lehmann, dont on connaît les tendances médico-chimiques, blâme pourtant l'expression de diathèse oxalique appliquée à des états de l'économie qui n'ont entre eux aucun rapport pathologique. Suivant lui, l'oxalate de chaux passerait dans les urines, dans tous les états du système nerveux où les fonctions organiques s'exécutent mal et où des matériaux de nutrition

(1) Notre honorable correspondant, M. le Dr Verhaeghe, d'Ostende, a fait une traduction de l'important mémoire du Dr Jenner. Ce travail a été inséré en totalité dans les tomes XII, XIII et XIV de ce Journal.

mal assimilés s'échappent à l'état d'acide oxalique au lieu d'être éliminés sous la forme normale. Golding Bird pense que la présence de l'oxalate de chaux correspond à des symptômes généraux assez bien déterminés et a une importance pathologique qu'on ne saurait nier. D'autres font jouer le principal rôle dans cette question à un état particulier des fonctions digestives.

Entre toutes ces assertions, il est difficile de démêler la vérité, et la pensée dominante du docteur Maclagan ne ressort pas de ce travail d'une manière évidente. Il rapporte d'abord dans un tableau synoptique 34 observations, dans lesquelles il a démêlé, au milieu des sédiments urinaires, les cristaux caractéristiques de l'oxalate de chaux; il résume ensuite dans les termes suivants les principaux caractères des urines qui contiennent les oxalates :

1° *Densité* un peu plus considérable, indiquant un excès d'urée ou d'une matière extractive indéterminée. Dans la série des observations rapportées par Golding Bird, la moitié des urines pesaient 1015 à 1025, quelques-unes s'abaissaient à 1009, d'autres atteignaient 1030. Dans les observations rapportées dans le *Montly journal*, en 1848, par Begbie, la densité moyenne était de 1028, les extrêmes étant de 1015 et 1040.

2° *Couleur*, plus ou moins ambrée, encore assez souvent verte, rarement brune ou pâle.

3° *Réaction*. En général, la réaction était très-acide; dans aucun cas elle ne fut neutre ou alcaline. Sur trente-sept observations, 16 fois les oxalates formaient à eux seuls le précipité, 16 fois ils étaient accompagnés d'autres dépôts salins, 5 fois l'urine ne fut point examinée sous ce rapport. Golding Bird avait noté fréquemment la présence d'une quantité considérable d'épithélium ; les observations de l'auteur ne concordent pas sous ce rapport; car sur vingt-deux observations, 12 fois seulement on trouva une quantité notable d'épithélium.

Que dire après cet exposé des prétentions qu'ont eues quelques écrivains de régler les indications thérapeutiques sur la présence des cristaux d'oxalate dans les urines? La thérapeutique peut-elle sûrement prendre pour guide de semblables phénomènes, dont l'importance n'est pas déterminée, et dont la signification pathologique n'est pas, à coup sûr, encore formulée. (*Ibid.*, *Ibid.*)

Essais d'inoculation lacto-variolique tentés comme moyen de suppléer au défaut ou a l'impuissance du vaccin; par M. LAVIROTTE, D.-M., à Lyon. — Tel est le titre de la thèse que M. Bossu, de Lyon, vient de soutenir, le 9 janvier, à la Faculté de médecine de Paris. Jamais moment ne fut plus opportun pour une semblable publication. L'auteur a dû regarder comme une bonne fortune l'expérimentation à laquelle il avait été employé. C'est un beau sujet de thèse, surtout dans une circonstance où quelques individus cherchent à élever des doutes ou des préventions sur les bienfaits de la vaccine : rien ne pouvait arriver plus à propos. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que de démontrer la possibilité de remplacer le vaccin, ou de le reproduire avec la plus grande facilité avec le virus variolique lui-même, en le mêlant avec le lait. Déjà MM. Thiolé, de Kassan, et Robert, de Marseille, avaient publié leurs tentatives; mais un insuccès presque complet les avait fait oublier, lorsque M. Brachet fit connaître au Comité de vaccine de Lyon les faits de succès qu'il avait obtenus en 1832, et sur lesquels il n'avait pas encore pu attirer l'attention.

Le Comité en comprit toute l'importance, et il obtint, à force d'instance et de courage, que les expériences demandées par M. Brachet fussent entreprises par M. Bouchacourt, qui ne s'y était refusé jusqu'alors que dans la crainte trop légitime d'inoculer le venin dangereux dont il était chargé de préserver les enfants. M. Peyraud, médecin en chef de la Charité, lui fut associé, et MM. de Polinière, président du Comité de vaccine, et Roy, son secrétaire général, furent chargés d'en suivre les résultats.

Vingt et une expériences ont été faites, cinq enfants ont été inoculés directement de bras à bras, avec un mélange à parties égales de virus variolique et de lait. Deux ont été inoculés avec un mélange conservé pendant onze jours. Chez tous les sept, les piqûres ont suivi les phases de l'inoculation du virus-vaccin. Quatre enfants ont été vaccinés de bras à bras, avec le virus provenant de ces pustules premières. Chez tous les quatre il s'est développé une éruption locale, en tout semblable à l'éruption vaccinale. Trois enfants ont été vaccinés avec le virus provenant de cette première transmission : chez tous les trois la même éruption s'est faite, et avec la même régularité. Quatre ont été vaccinés de bras à bras, avec le virus provenant de cette seconde transmission, et ils ont fourni le même résultat. Trois enfin ont été vac-

cinés avec du virus recueilli sur les pustules de la première transmission et conservé pendant huit jours. Chez tous les trois, le développement des pustules s'est fait comme chez les autres.

Là se sont arrêtées les expériences, parce qu'à l'hospice de la Charité il ne s'est plus trouvé d'enfants pour recevoir une nouvelle vaccination.

Pour savoir si ce produit lacto-varioleux préservait de la variole, il fallait, comme le demandait M. Brachet, exposer les enfants ainsi vaccinés à une épidémie de variole ou à l'inoculation de son venin. A défaut de l'un et de l'autre, deux enfants qui avaient été inoculés avec le liquide lacto-variolique ont, plusieurs semaines après, été vaccinés de bras à bras avec du superbe virus vaccin. Rien ne s'est développé, tandis que, chez deux enfants qui n'avaient été ni variolés ni inoculés, le même vaccin, inoculé dans le même moment, avait produit de magnifiques boutons vaccins.

Sur deux inoculés, quelques petits boutons se montrèrent sur le cercle rouge du bouton principal. Sur un troisième, il s'en développa quelques-uns sur le dos. Les uns et les autres se dissipèrent avec les boutons varioleux, et ils n'exercèrent aucune influence sur la marche ni sur le développement de ceux-ci.

Voilà des expériences consciencieusement pratiquées sous les yeux d'hommes d'une grande valeur. Elles ne peuvent laisser aucun doute sur la vertu du virus varioleux mitigé. Si aux sept enfants inoculés directement avec le mélange lacto-variolique nous joignons les trois que M. Brachet avait déjà inoculés, cela fait dix cas de succès non douteux. Si nous envisageons que la vertu reproductrice des boutons s'est étendue à la troisième transmission, et que, selon toute apparence, elle serait allée bien plus loin si on avait pu la continuer, on ne cessera pas d'applaudir à la persévérance de M. Brachet, au courage soutenu du Comité et à la publication de M. Bossu.

Tout nous porte maintenant à présumer que nous possédons un moyen bien simple de nous procurer du vaccin pour arrêter les grandes épidémies de variole. Tout semble aussi militer en faveur de l'opinion de M. Brachet, qui pense avoir ainsi résolu le grand problème de l'action préservative de la vaccine, puisque la vaccine ne serait que la variole mitigée. Quoi qu'il en soit, remercions M. Bossu d'avoir fait connaître dans tous leurs détails les expériences qui ont été faites à Lyon. Sans lui, peut-être, elles fussent restées ensevelies dans un oubli complet, quoique M. Rey en eût rendu un compte abrégé dans son rapport pour 1852, parce que personne n'y serait allé chercher ce moyen. Quelques expériences restent encore à faire, pour assurer le succès définitif de cette méthode, et pour la rendre le complément de la découverte de Jenner. Il faut que les enfants, ainsi inoculés, soient inoculés avec le virus varioleux pur. Si nous en croyons ce qui nous a été rapporté, M. Bouchacourt aurait devancé nos désirs. Quatre enfants auraient été inoculés avec du pus variolique. De ces quatre enfants, deux auraient été inoculés antérieurement avec le virus lacto-variolique ; les deux autres auraient été vierges de toute inoculation. Les deux premiers auraient été réfractaires à l'action du venin, et les deux autres en auraient subi toutes les conséquences dans une éruption générale bien complète.

Cette thèse et ses résultats se recommandent aux amis de la science et de l'humanité. (*Bulletin génér. de thérapeut.*)

Valeur comparative de quelques-uns des traitements recommandés contre le diabète sucré et en particulier des alcalins, de l'opium, etc. — Sous ce titre, un médecin de l'hôpital de Westminster, M. Basham, vient de publier d'intéressantes recherches qui, pour ne pas reposer sur un très-grand nombre de faits, n'en sont pas moins dignes de toute l'attention des médecins, à ce point de vue surtout qu'elles confirment tout ce qu'on savait déjà de l'utilité des alcalins et de l'opium dans le traitement de cette redoutable affection.

On sait combien la chimie pathologique a à revendiquer dans le traitement le plus efficace du diabète, et il n'est pas étonnant que M. Basham ait cru de son devoir de soumettre à l'expérimentation certains traitements que la chimie semblait indiquer comme de nature à entraver soit la production, soit l'excrétion du sucre. Ainsi M. Basham a administré à deux malades le permanganate de potasse, dans le but de faciliter la transformation acide du glucose dans l'économie ; et bien que ce médicament n'ait eu aucun effet fâcheux, les malades en ont pris dix grains sans aucun trouble dans les fonctions digestives : les symptômes de la maladie ont été à peine modifiés, la soif seule a été un peu moindre ; peut-être même les fonctions de l'estomac se sont-elles faites mieux dans un cas. En revanche, la quantité de sucre, au lieu de diminuer, a sensiblement augmenté, bien que la quantité des urines fût un peu

diminuée. Quant à l'administration des agents destinés à retarder la conversion des aliments amylacés en sucre, elle a été également sans avantages dans un cas, quoique le malade en eût continué l'emploi pendant vingt et un jours; la densité de l'urine ne descendit jamais au-dessous de 1040; tandis que, après la cessation de ce traitement, d'autres moyens firent beaucoup descendre, pour un temps, la proportion du sucre. Le sulfite de soude et la glycérine ne paraissent donc pas résoudre mieux le problème que le permanganate de potasse.

L'acide hydrochlorique a paru, au contraire, à M. Basham, avoir une influence remarquable dans un cas; les fonctions digestives ont été activées, la flatulence diminuée : ajoutons que ce médicament doit toujours être administré quelques minutes avant le repas. Quant aux diaphorétiques, M. Basham les a administrés en même temps que l'opium, et cela nous amène à dire que ce médecin a toujours trouvé dans l'opium un moyen palliatif puissant, à ce point de vue surtout qu'il agit comme diaphorétique: la soif est moindre, la quantité d'urine diminue; mais le sucre continue à être excrété avec la même abondance, et la condition physique du malade n'est pas sensiblement améliorée. Il y a d'ailleurs des constitutions qui supportent mieux que d'autres les opiacés.

Mais les médicaments qui, entre les mains de M. Basham, ont compté le plus de succès, sont les alcalins, et en particulier le carbonate d'ammoniaque. L'une des observations rapportées par ce médecin est très-remarquable à ce point de vue que le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri. M. Basham ajoute du reste avec grande raison qu'il y a beaucoup de différence entre les résultats de ce traitement dans les hôpitaux et dans la pratique civile, par cela même que le traitement par les alcalins doit être associé à une grande régularité dans le régime, et qu'il réclame par conséquent, de la part des malades, une certaine dose d'intelligence, qu'on retrouve plus facilement chez les malades des classes aisées et instruites de la société.

(*The Lancet* et *Bulletin gén. de thérapeut.*)

Vomissement chronique guéri par les capsules d'éther sulfurique. — Ce nouveau mode d'emploi de l'éther a été préconisé en ces derniers temps par M. le docteur Clertan, de Dijon; voici un fait rapporté par M. le docteur Elia Galante, d'Arpino, qui témoigne de la plus grande énergie d'action de ce mode particulier d'administration du médicament. Il s'agit d'une fille de vingt-huit ans, qui, à l'âge de dix-sept ans, eut ses règles supprimées brusquement par un accès de frayeur. La menstruation ne se rétablit que six années plus tard; encore fut-elle peu abondante et irrégulière. La malade passa par une série d'accidents hystériformes de plus en plus caractérisés, malgré quelques trêves passagères; au commencement de 1853, il se joignit à la gastralgie habituelle des vomissements qui se répétaient à la moindre ingestion d'aliments ou de boisson. Elle ne pouvait supporter qu'un mélange de lait et d'eau, de lait d'ânesse et quelques autres substances aussi légères. Plus tard, vers le mois de mai, les vomissements devinrent plus opiniâtres encore : narcotiques, eau de laurier-cerise, castoréum, valérianate de zinc, furent employés sans succès, aussi bien que les vésicatoires épigastriques, les bains, et une série de moyens qui feraient une *Iliade*. Il est à noter que la sortie d'un peu de sang menstruel, si peu que ce fût, amenait un calme momentané. Les choses en étaient là, lorsque M. Galante eut l'idée d'essayer les perles d'éther du docteur Clertan. Le 28 mai, la malade prit une de ces capsules, et but, un quart d'heure après, une tasse de bouillon de poulet, qu'elle ne vomit pas comme à l'ordinaire. Bref, six perles d'éther suffirent pour arrêter définitivement les vomissements. On eut recours ensuite au valérianate de zinc, qui fut pris à petites doses pendant tout le mois de juin, et la santé se rétablit entièrement.

L'acuité de la douleur gastralgique, qu'exaspérait encore l'ingestion du moindre aliment, ou la plus légère pression, l'absence des signes propres aux affections organiques de l'estomac, l'existence de symptômes caractéristiques de l'hystérie, les circonstances enfin dans lesquelles la maladie avait pris naissance, tout dénotait la forme purement dynamique des accidents observés du côté de l'estomac. L'éther était donc parfaitement indiqué. Il ne paraît donc pas douteux que l'éther enveloppé dans une capsule et ne se dégageant que dans le ventricule, ne possède, contre de tels symptômes, une efficacité qui n'appartient pas à l'éther administré à l'air libre. Mais le fait est évident pour ce cas particulier; car antérieurement on avait employé en vain l'éther et la liqueur d'Hoffman en potion et en frictions sur l'épigastre.

(*Il Filiatre Sebezio* et *Bull. gén. de thérap.*)

Utilité de l'ammoniaque dans la menstruation douloureuse; par M. SERE (de Muret). — Il y a déjà longtemps que l'ammoniaque a été conseillée comme remède emménagogue : on l'administre de deux manières. Les uns, avec Lavagna et Nisato, l'ordonnent mélangée avec du lait en injections dans le vagin; ces injections produisent un écoulement leucorrhéique de la vulve et du vagin, à la suite duquel la fluxion menstruelle ne tarde pas à s'établir. Nous avons vu ce mode d'administration réussir entre les mains de M. le docteur R. Broussonnet, et nous en avons nous-même retiré de bons résultats. Les autres, avec Nisato, prescrivent l'ammoniaque à l'intérieur dans un julep à la dose de 15 gouttes à un demi-gros dans les 24 heures; elle a la réputation de favoriser l'éruption menstruelle, surtout quand celle-ci est douloureuse. Cette dernière pratique est celle qui a été suivie par M. Sère chez une fille de 23 ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution affaiblie, laquelle éprouvait, à chaque période menstruelle, des coliques excessives; au moment de leur apparition, le ventre devenait intumescent, les extrémités se refroidissaient, le pouls était petit et dépressible, et alors, si un état syncopal n'apparaissait point, c'étaient des accidents choréiques divers qui avaient lieu. Presque tous les moyens employés jusque-là ayant été sans succès, M. Sère prescrivit de l'ammoniaque étendue dans une infusion de stigmates de safran, espérant de ce moyen énergique une vive stimulation des forces et leur dissémination sur la peau. Effectivement, bientôt une suraction générale apparut, le pouls prit du développement, la peau devint chaude et sudorale, et les menstrues, trois heures plus tard, coulaient, sinon abondantes, du moins sans douleur. Il est évident pour nous que, dans ce cas et tous ceux de la même espèce, l'ammoniaque agit comme excitant et antispasmodique.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

Signe précurseur de l'hydrocéphale rachitique. (Service de M. Natalis GUILLOT.) — Un des sujets les plus délicats de la médecine de l'enfance est la question de l'examen des sens. Un enfant superbe, âgé de sept semaines, né de parents bien portants, mais ayant eu quelques convulsions, est présenté à M. Guillot comme étant privé de la faculté de voir. On examine les yeux de cet enfant, ils ne laissent rien à désirer. L'expression seulement en est muette et ne révèle aucun sentiment. Mais faut-il en conclure que la vision n'existe pas? Là est la difficulté.

Nous ne savons pas, disait à ce sujet M. Guillot, à quel âge un enfant voit, entend, sent, goûte. Selon Galien, l'enfant voit au bout de quarante jours; mais cette affirmation n'est pas exacte, et l'on observe une foule de nouveau-nés qui, dès le huitième jour, regardent le sein de la mère et le suivent des yeux d'une manière non douteuse. Dans le cas dont il s'agit, l'enfant voyait évidemment la lumière et fermait les yeux à l'approche d'une bougie. Il n'était ni amaurotique ni myope. Le tissu de la cornée et de la sclérotique était sensible au contact du doigt. L'œil était limpide, transparent, parfaitement bon, et pourtant la vision bien évidemment ne s'accomplissait pas. C'est qu'il y avait là une altération profonde du système nerveux et non une lésion ayant son siége dans l'œil. Or, cette altération ne pouvait se rattacher qu'à une méningite tuberculeuse ou à un état particulier du cerveau qu'on observe quelquefois dans le rachitisme, et qu'on peut appeler hydrocéphale rachitique. Cette hydrocéphale s'annonce plusieurs mois à l'avance par des troubles nerveux exactement semblables à ceux présentés par l'enfant en question. Les parents se plaignent que leur enfant ne voit pas bien, qu'il ne distingue pas, qu'il ne regarde même pas; et, en effet, si vous lui montrez de ces objets brillants qui appellent l'attention de l'enfance, son regard n'indique par aucun signe l'existence de l'impression visuelle. Plus tard, ces troubles de la vue se compliquent de trismus et de convulsions qui viennent témoigner avec plus de force encore en faveur d'une affection du centre nerveux cérébral. Alors, si les parents sont tuberculeux, on peut à coup sûr annoncer une méningite tuberculeuse à marche lente, et qui se terminera par l'asphyxie du sujet, ou, dans le cas contraire, une hydrocéphale rachitique. C'est ce diagnostic que M. Guillot a formulé à l'occasion de l'enfant qu'on lui amenait, et, en effet, en examinant son crâne, il a été facile d'y reconnaître les déformations caractéristiques du rachitisme. Il n'y a plus alors de contact absolu du cerveau et de la boîte osseuse; le cerveau oscille dans une atmosphère liquide; en même temps les cavités ventriculaires sont distendues à l'excès par de la sérosité, et cet état pathologique amène tôt ou tard des convulsions, des paralysies et la mort. Dans ces conditions, il y a peu de chose à tenter, aussi M. Guillot s'est-il borné à prescrire des frictions alcooliques

sur tout le corps, et des bains avec la décoction d'écorce de chêne.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Traitement des bronchites de forme spasmodique ; par M. le docteur SANDRAS. — Nous désignons sous ce nom certaines bronchites qui ont pour caractère dominant, même chez l'adulte, une toux convulsive ayant quelque rapport avec celle de la coqueluche. Les quintes, plus ou moins éloignées, rappellent, en effet, les accès de cette dernière maladie. Elles débutent par une toux rauque, de la turgescence de la face et des efforts de vomissement avec apparence de suffocation et finissent par l'expectoration de matières filantes, blanchâtres et un peu spumeuses. L'accès passé, le malade se retrouve presque dans son état normal. Quelquefois il y a des douleurs dans les reins et les articulations comme dans la grippe épidémique.

Cette forme de catarrhe convulsif n'offre rien de bien grave en lui-même ; mais, outre qu'il est fort incommode, il expose le malade à contracter des hernies, à avoir en quelque point des congestions sanguines, des hémorrhagies même. Il mérite donc qu'on s'en occupe. Voici quel traitement M. Sandras lui opposait l'hiver dernier, pendant lequel il a été fort commun.

Au début de la maladie, il employait les fumigations aqueuses simples ou émollientes, afin de calmer l'irritation du larynx ; en même temps, il prescrivait des loochs blancs additionnés de 5 à 15 grammes d'eau de laurier-cerise ; quand les crachats étaient rares et transparents, il avait recours à la potion suivante :

℞. Julep du Codex	125,00
Sirop diacode	20 à 40,00
Tartre stibié	00,05 à 0,10

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Il est à peu près indifférent que l'on vomisse ou que l'on ne vomisse pas ; on peut éviter le vomissement en ne buvant pas dans les intervalles. Quoi qu'il en soit, l'effet de cette potion est d'amener une expectoration abondante de crachats muqueux.

L'élément phlegmasique enlevé, reste encore l'élément nerveux, comme dans la coqueluche des enfants. M. Sandras se comporte comme s'il avait affaire à la seconde période de cette maladie ; il a recours aux narcotiques purs. Il donne tantôt une ou deux pilules contenant chacune 2 à 5 centigr. d'extrait de belladone, ou bien l'extrait aqueux d'opium associé à cette dernière, ou bien encore il associe l'extrait de jusquiame à celui de belladone, le premier à dose double du second.

Il y a des malades chez lesquels la belladone, prise intérieurement, sèche la bouche et l'arrière-gorge et provoque des coliques suivies de diarrhée. Il administre alors cette substance par la voie endermique. L'épiderme étant enlevé au moyen d'une rondelle d'étoffe imbibée d'ammoniaque concentrée et maintenue dix minutes avec un verre de montre, ou une pièce de monnaie, on panse la plaie une ou deux fois par jour avec 5 à 10 centigr. d'extrait de belladone mélangé avec quantité suffisante d'axonge. (Nous croyons que, pour beaucoup de malades, ce pansement est plus pénible que la toux.)

La toux nerveuse résiste rarement à cette médication. Cela s'observe néanmoins surtout chez les femmes nerveuses, particulièrement chez les hystériques. C'est le cas d'employer les bains à 30 ou 32 degrés centigrades.

Nous avons été à même de vérifier l'utilité de ces bains.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgic.*)

De la contagion de l'eczéma impétiginodes ; par le docteur A. GIRBAL. — L'*eczéma impétiginodes* est habituellement exempt de contagion de même que l'eczéma et l'impétigo dont il forme en quelque sorte le trait d'union. Il peut offrir néanmoins un caractère contagieux bien manifeste dans des cas rares, il est vrai, mais authentiques. Les deux suivants que je vais rapporter m'ont paru être de ce nombre.

Voici d'abord quelle est, à ce sujet, l'opinion des auteurs classiques qui se sont le plus occupés des maladies cutanées : « L'eczéma, dit M. Rayer, n'est point contagieux ; mais, dans quelques circonstances, surtout lorsqu'il est fluent, l'humeur qui en découle peut déterminer sur les parties saines une éruption vésiculeuse. M. Louvain a vu un eczéma aigu de la vulve chez une femme dont le mari avait une semblable éruption très-ancienne au scrotum (1). » N'est-ce pas là un exemple de contagion ?

Le langage de MM. Cazenave et Schedel est à peu près le même : « L'eczéma n'est point contagieux, disent-ils ; cependant,

(1) Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1835, tome I, pages 400 et 401.

dans certaines circonstances très-rares, il a paru se transmettre d'un individu à un autre, par le contact prolongé de deux surfaces muqueuses. C'est ainsi que M. Biett a rapporté, dans ses leçons cliniques, plusieurs exemples d'eczéma qui s'étaient transmis par le coït (1). »

Telle est aussi la manière de voir de M. Baumès et de tous les dermatographes.

J'ai hâte d'en venir à l'exposé sommaire des observations qui me sont propres.

Le 8 décembre 1853, j'ai commencé à donner des soins à un enfant de 10 mois, à prédominance lymphatique, atteint depuis quatre ou cinq jours, pour la première fois, de petites croûtes jaunâtres, humides, répandues sur divers points de la face, ayant succédé à de petites vésicules agglomérées, laissant suinter un liquide jaunâtre, entourées d'un cercle rouge, etc. (Léger purgatif; demi-cuillerée à bouche, matin et soir, de sirop de Portal; un peu de tisane de saponaire; lavages fréquents avec décoction de racine de guimauve.)

La garde de cet enfant, âgée de 18 ans, lymphatique, n'ayant jamais eu d'éruption, s'aperçoit, le 15, de l'apparition, sur son menton, d'une petite croûte jaunâtre, de l'étendue d'une pièce de 1 franc, en tout semblable à celles que présente la figure du petit garçon, précédée comme elle par de petits boutons vésiculeux qui occasionnent une certaine démangeaison. Elle attribue cette éruption aux nombreux baisers qu'elle fait habituellement au petit confié à ses soins, et au contact réitéré de son menton avec l'humeur sécrétée par la figure de l'enfant.

La mère, âgée de 24 ans, d'une peau extrêmement fine, très-blonde, lymphatique et jouissant habituellement d'une bonne santé, nourrit son enfant, le tient souvent dans ses bras, et ne s'abstient pas, bien entendu, de le caresser, malgré l'éruption. Pendant la nuit, elle le garde avec elle dans son lit et lui donne le sein, à plusieurs reprises, ses joues touchant celles de l'enfant. Le 20 décembre, une plaque érythémateuse apparaît sur sa joue droite, plus grande qu'une pièce de 5 francs; elle se recouvre de petites vésicules qui occasionnent une assez vive démangeaison; deux jours après, elles sont remplacées par une croûte jaunâtre, humide, exhalant une odeur fade, de la même nature que celles du petit et de la garde. Je la vois le 21; elle m'apprend que, dans la nuit du 19, son petit a dormi pendant une ou deux heures, ayant la tête appliquée sur sa joue droite. (Orge et chiendent; lotions émollientes sur l'éruption.) Cinq ou six jours après, de nouvelles plaques molles et jaunâtres se montrent sur le menton et sur la joue gauche; elles tombent comme la première, après trois ou quatre jours, laissant après leur chute un fond rouge recouvert d'exulcérations d'où s'écoule un liquide âcre, assez abondant, tachant le linge en jaune. (Pommade avec axonge 30 gr., calomel 1 gr., camphre 0 gr. 60; tisane de saponaire et de salsepareille; vésicatoire au bras gauche.) On fait des frictions avec la même pommade, trois fois par jour, sur les croûtes du petit et de la garde; elles disparaissent au commencement de janvier 1854. L'éruption de la mère est plus tenace. (6 bains sulfureux dans le cours du mois de janvier; continuation des onctions et de la tisane.)

Le 4 février, elle est en voie de guérison. Il n'existe qu'une petite croûte sur le menton; les joues offrent sur les points qu'occupait l'éruption une rougeur et des rugosités accompagnées d'un peu de prurit. (Tis. contin.; onctions avec cérat camphré.) Guérison complète, depuis le 10 février.

Je ne ferai suivre ces observations que de quelques courtes réflexions. Cet enfant était évidemment atteint d'un *eczéma impétiginodes* (croûte laiteuse), éruption assez commune, dans le premier âge, chez les enfants lymphatiques où elle se développe si souvent d'une manière *spontanée*. Elle a été transmise à la garde et à la mère, par voie de *contagion*, après un contact immédiat prolongé et réitéré. Notons, en outre, que, dans les deux cas actuels, la contagion a eu lieu par la peau et non par les muqueuses, comme dans les exemples signalés par les auteurs ci-dessus. Je dois ajouter que la peau n'était le siége d'aucune excoriation, et qu'il n'y avait ici aucun vice syphilitique ou autre. Sans doute le caractère contagieux de l'*eczéma impétiginodes* est beaucoup moins prononcé que celui de la plupart des fièvres éruptives et de plusieurs autres maladies; mais enfin il existe, quoique à un degré inférieur, ce qu'il importait de bien constater. Les deux faits que j'ai cités le prouvent, ce me semble, suffisamment. Établir que l'*eczéma impetiginodes* est, dans quelques cas, contagieux, c'est dire aussi quels sont les moyens à employer pour se mettre à l'abri de ce mode de transmission pathologique.

(*Annales cliniques de Montpellier.*)

(1) Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 3e édition, page 99.

EMPLOI DU PHOSPHORE EN SOLUTION DANS L'HUILE DE TÉRÉBENTHINE, POUR COMBATTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. le docteur SCHREIBER, conseiller médical à Schulm (Prusse). — L'auteur prescrit le phosphore à la dose de 2 grains dans 3 gros d'huile de térébenthine. Il fait prendre, toutes les trois heures, 15 gouttes de cette solution. Il a d'abord employé cet agent pour combattre les fièvres intermittentes à type quotidien, chez des individus, en général forts et appartenant à la classe des prolétaires. Il préconise beaucoup sa formule, d'abord parce qu'elle est très-peu coûteuse et surtout parce qu'elle produit des résultats plus certains que les préparations de quinquina, et qu'il n'a pas encore observé de récidive à la suite de l'administration du phosphore. Dr D.

(*Genees kundige Courant*, N° 8.)

BONS EFFETS DE L'INFUSION DE LA SECONDE ÉCORCE DE SUREAU DANS L'ÉPILEPSIE. — Il est fâcheux, sans doute, que le traitement de l'épilepsie soit encore abandonné à un aveugle empirisme, et que les tentatives de systémisation thérapeutique n'aient pas encore donné des résultats bien authentiques; mais ce ne saurait être une raison pour se refuser à consigner dans les annales de l'art, ne fût-ce qu'à titre de renseignements, les faits de guérison de cette maladie, surtout lorsqu'ils se présentent avec toutes les garanties les plus honorables.

Cette fois il s'agit de l'administration de la seconde écorce de sureau (*sambucus nigra*), l'une des parties les plus actives de la plante, et employée de temps immémorial dans le traitement des hydropisies, à cause de ses propriétés éméto-cathartiques et hydragogues. Quoi qu'il en soit, il paraît qu'il n'est fait nulle part mention de l'emploi de cette substance dans le traitement de l'épilepsie, et M. Borgetti, d'Ivrée, a été conduit à l'essayer par le récit de quelques heureux succès obtenus par une personne étrangère à la médecine. Comme les faits ont ici une très-grande importance, nous en donnerons une courte analyse.

OBS. I. Un homme de quarante-huit ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, robuste, habituellement bien portant, et né de parents non épileptiques, avait commencé à éprouver, en 1844, par suite d'influences morales, des accès épileptiques, qui se répétaient tous les deux ou trois mois. Transporté de la prison d'Ivrée à celle de Saluce, les accès augmentèrent, se reproduisant tous les premiers quartiers de la lune, avec deux ou trois accès dans un seul jour. Renvoyé à la prison centrale d'Ivrée comme épileptique incurable, le docteur Borgetti, après s'être assuré de la réalité de la maladie, et après avoir éliminé tout soupçon d'affection périodique, par l'administration du valérianate de quinine, les accès se renouvelant à époque fixe, administra à ce malade une dose de l'infusion d'écorce de sureau, le 10, le 16 et le 24 mars 1851. Au grand étonnement de tout le monde, les accès ne reparurent plus, et le malade, qui avait fini sa peine, quitta l'hôpital en parfaite santé.

OBS. II. Un garde forestier, âgé de quarante-quatre ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, robuste et fils de parents sains, était affecté, depuis l'âge de vingt ans, sans cause connue, d'attaques épileptiques qui revenaient à des époques fixes, tous les quinze, vingt ou trente jours. Au mois de septembre 1850, il fut envoyé à l'infirmerie de la prison d'Ivrée comme épileptique incurable. Soumis sans succès à l'oxyde de zinc, à l'extrait de belladone et à nombre d'autres remèdes, il fut traité, en même temps que le malade précédent, par l'infusion de sureau. Le mois suivant il eut encore une attaque, mais la continuation du remède triompha du mal, et il y a aujourd'hui quinze mois qu'il n'est pas survenu un seul accès.

OBS. III. Un paysan robuste, âgé de quarante ans, envoyé des prisons de Turin, fut pris, au mois de mai, d'accès d'épilepsie, qui continuèrent à se montrer tous les mois, dans la prison d'Oneille, d'où il fut enfin transporté dans celle d'Ivrée, comme incurable, et là il fut traité par l'infusion de sureau. Après la quatrième dose du médicament, il ne survint qu'un accès très-faible, et le malade put être transporté au pénitencier d'Alexandrie, où il fut employé, sans inconvénient et sans rechute, à un travail de douze heures par jour.

OBS. IV. Un paysan, âgé de vingt-trois ans, lymphatico-nerveux, fortement irascible; accès d'épilepsie revenant tous les huit ou dix jours; même traitement. Après la quatrième dose, il y eut encore un accès; ce fut le dernier. Pas de rechute depuis une année. Cette épilepsie paraissait tenir à l'onanisme.

OBS. V. Jeune homme de dix-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, adonné à l'onanisme; accès épileptiques revenant tous les vingt ou trente jours, avec affaiblissement considérable du malade. Cinq doses du médicament firent complétement justice des ac-

cès. Depuis huit mois, il n'y a pas eu de rechute.

Quelques mots, maintenant, sur le mode d'administration de l'écorce de sureau : on prend les branches de un ou deux ans d'un sureau ; on enlève l'écorce grise, et on racle la seconde écorce qui en reste ; on prend ensuite 30 grammes de cette écorce ; on verse dessus 180 grammes d'eau commune, chaude ou froide ; on laisse infuser quarante-huit heures, on passe à travers un linge, en exprimant légèrement ; à prendre à jeun, par moitié, à un quart d'heure d'intervalle. On revient au même médicament tous les six ou, au plus, tous les huit jours, et cela dans l'espace de deux mois. Si alors les accès d'épilepsie persistent aussi intenses et aussi fréquents, il y a lieu de croire, ajoute M. Borgetti, qu'ils sont sympathiques d'une autre affection, ou entretenus par quelque vice organique congénital ou acquis, ce qui, pour nous, revient à dire que l'écorce de sureau n'a aucune action sur eux. Ce médicament produit, du reste, ses effets ordinaires chez les malades : vomissements, évacuations alvines répétées, des vertiges ; mais ces symptômes n'ont jamais mis obstacle à la continuation du traitement.

(*Gaz. med. Sarda* et *Bull. gén. de thérap.*)

Bons effets de la belladone dans un cas de spermatorrhée. — Venir ajouter un nouveau médicament aux deux agents thérapeutiques dont nous avons fait connaître, dans ces derniers temps, les remarquables effets contre la spermatorrhée, le lupulin et la digitaline, pourra peut-être paraître une inutilité ou une contradiction à quelques esprits superficiels ; mais la spermatorrhée est une maladie qui reconnaît des causes très-diverses et qui se lie à des conditions morbides très-différentes. Il ne faut donc pas s'étonner de la voir céder dans un cas à un médicament, et dans un autre cas à un autre. Il y a, du reste, dans le fait que nous avons à faire connaître, une induction thérapeutique dont l'événement est venu confirmer la justesse. On sait, en effet, que la belladone est un des médicaments les plus précieux dont la thérapeutique dispose pour guérir l'incontinence d'urine chez les jeunes sujets. M. le docteur Lepri s'est demandé, en présence d'un cas de spermatorrhée qui avait résisté à un grand nombre de moyens, pourquoi la belladone ne ferait pas cesser cette incontinence spermatique, et, comme on va le voir, le résultat a été conforme à son attente. Le fait est d'ailleurs d'autant plus curieux que le malade avait déjà eu une incontinence nocturne d'urine.

Un jeune homme de mœurs très-pures et très-continent vint consulter M. Lepri pour des pollutions nocturnes qui, revenant toutes les nuits et plusieurs fois même chaque nuit, affaiblissaient considérablement ses forces et qui avaient beaucoup agi sur ses facultés morales et intellectuelles. Ces pollutions duraient depuis quelques semaines et n'avaient été améliorées par aucun médicament, non plus que par quelques moyens hygiéniques, tels que le repos sur un lit très-dur, le réveil la nuit et les aspersions froides. Deux années auparavant, ce jeune homme avait eu une miliaire, qui avait laissé, à sa suite, une incontinence nocturne d'urine. Quelques mois s'étaient passés avec des alternatives de bien et de mal, lorsque tout à coup cette fâcheuse incommodité disparut. Après avoir mis en usage l'application de deux vésicatoires aux cuisses, un traitement tonique et corroborant, plus un certain nombre de médicaments, tels que le camphre associé au laudanum, l'alun, etc., sans aucun succès, M. Lepri en vint à soupçonner que cette spermatorrhée avait peut-être quelque liaison avec l'incontinence d'urine antérieure, et se rappelant les bons effets de la belladone dans les cas de ce dernier genre, il en prescrivit l'emploi au malade le soir en se couchant et le matin en se levant. En quelques jours, toute trace de la maladie avait disparu.

(*Gaz. med. Toscana* et *Bulletin général de thérapeutique.*)

Excision du clitoris et des nymphes pratiquée sans succès dans un cas de nymphomanie. — On sait que l'excision du clitoris et des nymphes a été pratiquée avec succès dans certains cas de nymphomanie ; mais il ne faudrait pas croire que cette opération doive toujours avoir pour résultat de guérir les malades. La nymphomanie se présente, en effet, sous une double face, comme un désordre de l'intelligence, et alors l'amputation du clitoris est un moyen peu rationnel, car le clitoris n'est pas le siége de la nymphomanie, pas plus que le gland n'est celui de la satyriasis ; et comme le résultat d'une irritation locale provoquée par des habitudes vicieuses et par d'autres moyens susceptibles d'accélérer le développement des besoins génitaux ; dans ce dernier cas, on comprend au contraire que la maladie doit trouver son remède efficace dans l'excision de l'organe même, dont l'excitation a graduellement entraîné la manie et toutes les fâcheuses con-

séquestre. Le fait suivant est donc intéressant, parce qu'il pose nettement la contre-indication de l'excision du clitoris et des nymphes.

La malade qui en fait le sujet était âgée de vingt ans, née sous le climat brûlant des tropiques, brune, d'un tempérament sanguin, assez maigre. Mère à quatorze ans, affectée de syphilis à seize, elle avait suivi une foule de traitements pour se débarrasser des accidents syphilitiques; mais ces traitements avaient toujours échoué, parce qu'elle n'avait jamais voulu s'abstenir des rapports sexuels. Bientôt une tuméfaction s'empara du clitoris et des nymphes et ne tarda pas à constituer une difformité insupportable. Des démangeaisons très vives vers les parties génitales ajoutaient un nouvel aiguillon à l'activité de ses penchants lubriques. La malade ne s'en décida pas moins à se faire amputer successivement, et à quelques semaines de distance, les petites lèvres et le clitoris. Ces deux opérations ne présentèrent aucun incident particulier; il n'y eut pas d'hémorrhagie et, seule, l'excision des petites lèvres fut suivie de phénomènes inflammatoires. Mais la malade n'a ressenti aucune diminution dans ses penchants effrénés pour l'acte vénérien et la nature *in actu coitus* suppléa à l'absence de l'organe enlevé par une turgescence temporaire, accompagnée d'une sensation voluptueuse siégeant au centre de la cicatrice. La malade a conservé un suintement continu de lymphe blanchâtre, qui paraît être la véritable cause du prurit incommode des parties génitales.

(*American med. Repository* et *Bull. gén. de thérapeutique.*)

Études sur l'action du caustique de Vienne et du chlorure de zinc employés au lieu du bistouri dans quelques opérations chirurgicales; mémoire lu à l'Association médicale d'Eure-et-Loir, le 25 septembre 1853; par M. le Dr GIROUARD, de Chartres (1).

J'ai à vous parler de deux objets, l'un intéressant l'anatomie pathologique, l'autre l'action du caustique de Vienne et du chlorure de zinc, pour arriver à leur emploi au lieu et place de l'instrument tranchant dans quelques opérations chirurgicales, et spécialement dans celles nécessitées par les affections cancéreuses du sein.

Tumeur enkystée du sein droit. Végétations naissant de l'intérieur du kyste.

OBS. — Mme Hoyau, d'Arménonville, âgée de 53 ans, d'une forte constitution, d'une bonne santé, mère de deux enfants, n'ayant jamais eu de parents atteints d'affections cancéreuses, s'aperçut, il y a sept ans, qu'elle avait dans le sein droit, un peu au-dessus du mamelon, une tumeur indolente du volume d'un œuf de pigeon, survenue sans cause connue; cataplasmes, fomentations, emplâtres, tout fut inutile; la tumeur acquit en quinze mois le volume du poing.

Les règles ayant alors cessé de paraître, le sein devint douloureux, et dans l'espace d'une année, la tumeur en envahit la totalité, puis resta stationnaire.

Vers le 1er juillet 1853, les douleurs, qui depuis quelque temps étaient supportables, devinrent tout à coup déchirantes, comme si le sein voulait se rompre.

Le 3 août, la malade vint me consulter; le sein était plus volumineux que la tête d'un adulte, il avait à sa base quatre-vingts centimètres de circonférence, vingt-huit d'un côté à l'autre et vingt de haut en bas; sa surface était irrégulièrement bosselée et sillonnée de veines variqueuses; on pouvait le déplacer, le soulever et passer les doigts par-dessous; l'absence de l'altération du teint et de l'embonpoint, le bon état de l'aisselle et la disposition de la tumeur, me firent croire que le mal était local, sans pouvoir en préciser la nature; pensant que cette tumeur n'était pas susceptible de résolution, je me décidai à l'enlever.

Ayant cerné la base du sein avec du caustique de Vienne, je pénétrai jusqu'aux muscles thoraciques; glissant alors de la pâte de chlorure de zinc d'un millimètre d'épaisseur par dessous la tumeur à plusieurs reprises, je fis une escharre linéaire suffisante pour disséquer et séparer le sein avec le bistouri, sans occasionner de douleur ni d'hémorrhagie; en quarante-

(1) Tout l'intérêt de ce mémoire ne sera bien compris que par les chirurgiens au courant des nouveaux procédés d'application des caustiques de M. Girouard, et des résultats remarquables qu'il en a obtenus, surtout dans l'ablation des tumeurs du sein. L'un de ces procédés, qui consiste à pédiculer la tumeur, afin de n'avoir à attaquer que le pédicule, a été décrit dans mon *Manuel de Médecine opératoire*, et M. Girouard en a reproduit la description dans ce mémoire même; l'autre, encore inédit, et dont l'observation qu'on va lire pourra donner quelque idée, consiste, pour les tumeurs non pédiculables, à en cerner la base avec le caustique de Vienne; puis à enfoncer par-dessous la tumeur de minces lames de chlorure de zinc pour détruire ses adhérences aux parties sous-jacentes. Nous n'hésitons pas à dire que ces procédés ont contribué à donner une face toute nouvelle à cette partie de la médecine opératoire qui procède par l'application des caustiques.

(*Note de M. Malgaigne.*)

huit heures l'opération fut terminée, il ne survint que peu de réaction; la malade ne garda que deux jours le lit.

Du huitième au dixième jour, les escarrhes se détachèrent et la plaie se cicatrisa régulièrement; aujourd'hui la malade est guérie.

Le sein pesait deux kilogrammes neuf cents grammes; craignant qu'il ne fût trop volumineux pour se conserver dans de l'alcool, je fis à la partie postérieure une incision cruciale. Il s'écoula environ cinq cents grammes d'un liquide clair, filant, inodore et de couleur citrine.

Ayant écarté les bords de l'incision, je mis à découvert une vingtaine de tumeurs pédiculées et lobulées de toutes les grosseurs, depuis la tête d'épingle jusqu'à l'œuf de poule; une seule était lisse à sa surface et adhérente.

Toutes ces tumeurs étaient renfermées dans un kyste et naissaient de la partie antérieure; les unes étaient rougeâtres, molles, comme spongieuses, les autres d'un blanc mat, dures, fermes, de nature fibreuse; quelques-unes avaient l'apparence squirrheuse; la disposition de ces tumeurs donnait à l'intérieur du kyste de la ressemblance avec les géodes que l'on rencontre dans le silex en rognons.

Le kyste était dur, coriace, épais de trois à quatre millimètres, et en quelques endroits fibro-cartilagineux, ainsi que vous pouvez le voir sur la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

J'ai amputé ce sein avec le caustique de Vienne et le chlorure de zinc; l'instrument tranchant n'a fait qu'en seconder l'action. Si la maladie avait été de nature cancéreuse, ces caustiques m'auraient donné la possibilité de disséquer et de poursuivre les irradiations jusqu'à leur dernière extrémité. Vous comprenez, Messieurs, que, pour arriver à ce résultat, j'ai eu besoin d'étudier l'action du caustique de Vienne et du chlorure de zinc sur les différents tissus. Voici ce que j'ai observé.

Action du caustique de Vienne.

Le caustique de Vienne, appliqué sur la peau, fait perdre, au bout d'une ou deux minutes, à l'épiderme sa consistance, et le convertit en une matière grisâtre d'apparence gélatineuse.

Si on laisse le caustique, on voit se former çà et là de petits points ronds, d'un gris noirâtre, qui semblent avoir leur siége aux ouvertures folliculaires du derme; ces points, gagnant en profondeur et en largeur, finissent par se réunir, et, au bout de quinze à vingt minutes, toute la surface est convertie en une escarrhe de quatre ou cinq millimètres d'épaisseur. Si alors on enlève le caustique, l'escarrhe ne fait plus de progrès; mais si on le laisse agir, il atteint, au bout de trente minutes, neuf millimètres de profondeur; alors il cesse de pénétrer, et fait tomber l'escarrhe en déliquium ou bien la transforme en une gelée noirâtre.

Le caustique de Vienne, appliqué sur du tissu cellulaire lâche et nullement graisseux, le convertit en quelques minutes en une escarrhe noire qui ne tarde pas à tomber en déliquium; mais lorsque le tissu cellulaire est condensé et comme fibreux, il résiste plus longtemps, souvent même il ne se dissout pas.

Mis en contact avec un tissu cellulaire un peu graisseux, le caustique de Vienne le convertit, au bout de trente minutes, en une matière noirâtre, en une espèce de savonule qui, en séjournant sur les parties, les protége, empêche l'infiltration du caustique et en localise l'action.

Lorsque le tissu cellulaire est fortement chargé de graisse, le caustique n'attaque que faiblement et lentement la graisse, et si l'on veut obtenir une cautérisation profonde, il faut attendre que la suppuration ait entraîné la graisse pour appliquer de nouveau le caustique.

L'action du caustique de Vienne sur les vaisseaux sanguins d'un médiocre volume est prompte, mais il n'en brise l'organisation qu'au bout de quinze à vingt minutes.

Lorsque le caustique agit sur l'extrémité d'un vaisseau qui aboutit à une plaie, si son calibre n'est pas oblitéré dans une certaine étendue, il le détruit en moins de dix minutes et le sang s'écoule.

Si le vaisseau parcourt le fond d'une plaie, le caustique se combine avec les tuniques, mais elles conservent assez de solidité pour résister à l'effort du sang pendant quinze à vingt minutes; si alors on enlève le caustique par des ablutions aqueuses, la cautérisation s'arrête, le vaisseau se dessèche, se resserre, et le sang cesse de le traverser; mais si au contraire il continue d'agir, les parois du vaisseau escarifiées se ramollissent et le sang s'écoule.

Le tissu artériel résiste un peu plus longtemps à l'action du caustique de Vienne que le tissu veineux.

Les vaisseaux capillaires sont détruits presque à l'instant même où ils sont touchés par le caustique, et le sang s'écoule.

Le caustique de Vienne s'infiltre facilement dans le tissu musculaire; en dix minutes il atteint cinq millimètres de profondeur, en vingt minutes dix millimètres;

alors il cesse de pénétrer ; mais agissant sur l'escarrhe, il la fait tomber en déliquium ; par là il ouvre une voie qui lui permet d'agir plus profondément.

Les tissus osseux, fibreux, fibro-cartilagineux, ne sont que faiblement attaqués par le caustique de Vienne.

La glande mammaire, dans l'état normal, et les glandes axillaires, légèrement indurées, résistent longtemps à l'action du caustique de Vienne ; il faut plusieurs applications successives pour donner lieu à une escarrhe de cinq ou six millimètres d'épaisseur.

L'action du caustique de Vienne sur les productions morbides est toujours proportionnée à leur densité ; très-actif sur les tissus mous, vasculaires ou un peu indurés, il attaque à peine les productions fibreuses, fibro-cartilagineuses, squirrheuses ; presque toujours il les contourne, les dissèque en détruisant le tissu cellulaire qui les environne.

Le caustique de Vienne agit moitié moins en largeur qu'en profondeur ; si on réunit les portions de l'escarrhe qui dépassent de chaque côté le point d'application, on a l'étendue de l'escarrhe en profondeur.

Pour imprégner les chairs et les frapper de mort, il ne faut qu'une très-petite quantité de caustique de Vienne et une action de quelques instants ; pour les dissoudre, il est nécessaire qu'il agisse plus longtemps et même des heures entières. C'est à la potasse que le caustique de Vienne doit sa faculté dissolvante ; la chaux qui entre dans sa composition ne fait que la modérer. Tant que la chaux est vive et pure, son action l'emporte sur celle de la potasse et les escarrhes sont d'une consistance gélatineuse ; mais lorsque la chaux est carbonatée, impure ou délitée, elle n'a que peu d'action, et la potasse, agissant presque seule, les escarrhes tombent promptement en dissolution.

Les escarrhes formées par le caustique de Vienne peuvent séjourner impunément au milieu des tissus sains, car le caustique est décomposé ; il forme un corps sans action qui est susceptible d'être traversé par les autres caustiques, surtout par le chlorure de zinc.

Le caustique de Vienne, mis dans du sérum, lui fait perdre sa viscosité et lui donne ou l'apparence aqueuse ou la consistance et l'aspect gélatineux, ce qui dépend de l'action du caustique de Vienne sur l'albumine du sérum. Cette action n'est pas toujours la même, car les maladies ou altèrent la nature ou diminuent la quantité de l'albumine (1).

Placé sur un caillot de fibrine, il lui donne une couleur noire, véritable escarrhe qui acquiert en dix minutes trois millimètres d'épaisseur, en vingt minutes six millimètres, en trente minutes neuf millimètres, se ramollit ensuite et forme une espèce de gelée noire et poisseuse.

Action du chlorure de zinc.

Le chlorure de zinc se combine avec tous les tissus, quelle que soit leur nature, mais il ne les attaque pas tous avec la même énergie ni avec la même promptitude ; son action est assez régulière pour en suivre la marche et en calculer la portée, tant en largeur qu'en profondeur.

Le chlorure de zinc, appliqué sur la peau revêtue de l'épiderme, ne l'attaque que difficilement ; cependant, sur de la peau fine, délicate et bien nettoyée, il donne lieu, au bout de cinq à six heures, à de petits points ronds d'un blanc grisâtre qui paraissent avoir leur siége aux ouvertures folliculaires de la peau ; ces points ne tardent pas à s'étendre tant en largeur qu'en profondeur, et finissent, au bout de vingt-quatre heures, par se réunir et par former une escarrhe de l'épaisseur de la peau.

Sur de la peau dénudée, l'action du chlorure de zinc est très-prompte ; en trois heures il traverse le derme et atteint le tissu cellulaire sous-cutané ; au bout de douze heures, il forme une escarrhe de sept à huit millimètres d'épaisseur, et, au bout de vingt-quatre heures, de douze ou quinze millimètres.

Autour du point d'application, le caustique étend moitié moins son action qu'en profondeur, de sorte qu'en réunissant la largeur de l'escarrhe qui existe de chaque côté, on a l'étendue de l'escarrhe en profondeur.

Quelquefois j'ai laissé le chlorure de zinc sur la peau jusqu'à extinction de son action, ayant soin d'en ajouter au fur et à mesure que les tissus l'absorbaient ; il ne cessa d'agir qu'au bout de soixante-douze

(1) Il résulte des expériences que nous avons faites avec M. Boutet, médecin-vétérinaire à Chartres, sur le sérum du sang de l'homme et des diverses espèces d'animaux domestiques, que, sous l'influence de la potasse de Vienne :

1° Dans l'état de santé et les maladies inflammatoires, il prend la consistance et l'aspect de la gélatine ;

2° Dans les fièvres typhoïdes et les affections charbonneuses, au début, il forme une gélatine diffluente, et quand ces maladies sont arrivées à leur dernière période, il conserve l'apparence aqueuse ;

3° Dans les affections cachectiques, il reste ordinairement aqueux.

heures; l'escarrhe avait quatre centimètres d'épaisseur.

Appliqué sur le tissu musculaire, le chlorure de zinc le blanchit à l'instant même, le pénètre ensuite, lui donne un aspect d'un blanc grisâtre, véritable escarrhe qui est toujours proportionnée à la quantité de chlorure de zinc employé et au temps de séjour.

Cinq centigrammes étendus sur une surface musculaire d'un centimètre de diamètre et laissés jusqu'à extinction de leur action, pénètrent à trois millimètres; *douze centigrammes*, à 6 millimètres; *vingt-cinq*, à douze millimètres; *cinquante*, à deux centimètres; *un gramme*, à quatre centimètres.

Le chlorure de zinc imprègne d'abord le tissu musculaire, le frappe de mort, puis se combine avec les éléments organiques. La combinaison n'est complète qu'après trente-six heures. On peut dire, d'une manière générale, que dans la première heure le chlorure de zinc pénètre dans le tissu musculaire à trois millimètres de profondeur, dans la seconde heure à six millimètres; alors il ralentit sa marche et n'atteint en six heures que neuf millimètres; en vingt-quatre heures, deux centimètres; en soixante-douze heures, quatre centimètres. Jamais, quelle qu'ait été la quantité de chlorure de zinc employé et le temps de séjour, je n'ai obtenu une escarrhe plus épaisse.

Lorsque, sur une veine ou une artère vides de sang, on applique de la pâte de chlorure de zinc, on voit aussitôt les tuniques vasculaires se crisper et le vaisseau diminuer de volume.

L'action du chlorure de zinc sur les artères est bien plus vive que sur les veines. Placé sur une artère du volume d'une plume d'oie, ses parois se crispent, se resserrent à un tel point, qu'en vingt à trente minutes elle est réduite à une sorte de cordonnet compact, comme ligamenteux, qui a à peine le quart du volume primitif du vaisseau; si on la fend, on voit que les tuniques artérielles sont plissées en long et les plis fortement appliqués les uns contre les autres. Placé sur l'ouverture d'une artère vide de sang, celle-ci se rétrécit, s'arrondit et disparaît en quelques heures. Après avoir fait crisper les tuniques vasculaires, le chlorure de zinc s'y combine au point d'application et les escarrifie.

Le chlorure de zinc, appliqué sur des veines pleines de sang, agit non-seulement sur les tuniques, mais encore sur le sang, qu'il convertit en une masse noire, compacte, de la consistance de la cire.

Appliqué sur des artères, si le vaisseau n'est pas plus gros qu'une plume d'oie, il coagule le sang et arrête la circulation; mais si le vaisseau est volumineux, les tuniques sont seules attaquées d'une manière apparente, il ne se forme pas de caillot. Il est probable que le chlorure de zinc qui a traversé l'artère et pénétré dans le sang, est entraîné dans le torrent circulatoire, sans donner lieu à l'intoxication, car je n'ai jamais vu en résulter d'accidents toxiques. On ne parvient à coaguler le sang dans les grosses artères qu'en secondant l'action du chlorure de zinc par la suspension momentanée du cours du sang. Aussitôt que le chlorure de zinc agit sur le sang artériel, il le convertit en un caillot noir, poisseux; si son action se prolonge, le caillot rougit, durcit, prend l'aspect musculaire et la consistance de la cire.

Tant que le sang est contenu dans les vaisseaux, le chlorure de zinc le noircit en le coagulant; mais lorsqu'il est en contact avec l'air, il lui donne une couleur rouge vermillon. Introduit sous forme de pâte dans l'intérieur d'une artère, il coagule le sang et le transforme en une masse noire, pâteuse.

L'action du chlorure de zinc sur le sang contenu dans les vaisseaux ne se borne pas au point où les tuniques sont imprégnées et frappées de mort, elle s'étend à une ou deux lignes au delà dans l'intérieur du vaisseau; le sang est coagulé et les parois du vaisseau se resserrent sur le caillot.

Le chlorure de zinc agit à peu près de la même manière sur le sérum et la fibrine du sang veineux que sur celui du sang artériel. Mis en contact avec le sérum, il le transforme, en une ou deux minutes, en une sorte de bouillie blanchâtre et pâteuse. Appliqué sur un caillot de fibrine, il blanchit d'abord le point d'application, puis lui donne l'apparence d'une membrane qui, dans l'espace de deux à trois heures, acquiert plus de trois millimètres d'épaisseur, et constitue une sorte d'escharre grisâtre au-dessous de laquelle la fibrine est noire, poisseuse et de la couleur de la cire. Placées sous un filet d'eau, elles conservent leur consistance. La couche pelliculeuse devient tout à coup d'un rouge vermillon, et prend un aspect lisse et poli qu'elle conserve même en se desséchant. La couche noire ne se colore en rouge qu'à la surface.

Si on laisse les deux couches se dessécher à l'air libre, elles prennent la même apparence que sous un filet d'eau. Avant la chute de l'escharre, le caillot renfermé dans l'artère saine se continue avec celui

contenu dans l'escharre. Au moment de l'énucléation, ce caillot tombe en déliquium au point de séparation de l'escharre; pour peu qu'il soit volumineux, il a besoin, pour être dissous, d'être soumis pendant un ou deux jours à l'action du pus (après la chute de l'escharre); ce qui fait qu'on doit toujours soutenir les escharres et ne jamais y toucher avant qu'elles soient complétement détachées, car on pourrait arracher le caillot contenu dans l'artère et donner lieu à une hémorrhagie. Après l'énucléation, le caillot renfermé dans l'artère diminue de volume, les tuniques se resserrent, s'y maintiennent fortement appliquées, et, vers le quinzième jour, le caillot disparaît et les tuniques contractées oblitèrent le vaisseau dans l'étendue de deux ou trois millimètres.

Le chlorure de zinc s'infiltre promptement dans le tissu nerveux, quelques minutes lui suffisent pour éteindre la vie dans les filets. Bien des fois j'ai placé de la pâte de Canquoin de chaque côté de cordons nerveux du volume d'une plume de corbeau; en moins d'une heure la sensibilité et la vie ont été éteintes et j'ai pu les couper sans occasionner de douleur. Au moment où le chlorure de zinc pénètre la substance nerveuse, il occasionne de la douleur; cette douleur est bien moins vive lorsque le point où on agit est dans l'état normal que lorsqu'il a subi une altération morbide; la répétition du caustique sur le même endroit augmente l'irritabilité, et des parties qui, au moment d'une première application, étaient à peine sensibles, le deviennent à un tel point que le moindre attouchement occasionne des douleurs intolérables, quelquefois même dans des endroits où le scalpel n'a jamais pu découvrir de filets nerveux.

Les tissus fibreux, aponévrotiques, cartilagineux, sont attaqués par le chlorure de zinc; mais son action est lente, peu profonde, et les escharres n'ont jamais plus de six millimètres d'épaisseur.

Plus les os sont poreux, plus le chlorure de zinc pénètre profondément; appliqué sur la substance compacte, il n'atteint guère au delà de trois millimètres, tandis qu'il dépasse souvent six millimètres lorsqu'il est mis sur la substance spongieuse.

Les productions morbides, squirrheuses, fibro-cartilagineuses, ne sont que faiblement attaquées par le chlorure de zinc; il faut le laisser longtemps appliqué pour qu'il atteigne quelques millimètres de profondeur.

La substance encéphaloïde est encore plus réfractaire à l'action du chlorure de zinc que les productions squirrheuses; c'est même plutôt en détruisant la trame vasculaire et celluleuse que le chlorure de zinc agit, qu'en se combinant avec la substance encéphaloïde.

Le chlorure de zinc pénètre d'abord les tissus, éteint la sensibilité, coagule le sang, puis se combine avec leurs éléments organiques et les dénature. Tant que la combinaison n'est pas complète, l'escarre continue de s'étendre en largeur et en profondeur; lorsqu'elle est terminée, le composé qui en résulte n'a pas d'action sur les tissus vivants; il peut séjourner impunément au milieu d'eux et être attaqué par d'autres caustiques, surtout par le caustique de Vienne.

Tant que les tissus ne sont pas dénaturés, on peut reconnaître dans l'escharre les parties aux dépens desquelles elle est formée.

Les tissus cutanés, cellulaires, musculaires, vasculaires, nerveux, sont à peine reconnaissables lorsque la combinaison est complète, tandis que les tissus fibreux, fibro-cartilagineux, osseux, squirrheux, conservent toujours les apparences de leur organisation primitive.

Avantages et inconvénients du caustique de Vienne et du chlorure de zinc.

A l'aide de ces différentes manières d'agir du caustique de Vienne et du chlorure de zinc, en combinant leur action, en les dirigeant avec des instruments, j'ai pu pratiquer de grandes opérations avec autant d'avantage et plus de sécurité que je ne l'aurais fait avec l'instrument tranchant (1).

(1) Depuis la lecture de ce mémoire à l'Association médicale d'Eure-et-Loir, M. le rapporteur de la commission nommée par l'Académie de médecine de Paris en septembre 1846, pour examiner des pièces d'anatomie pathologique, provenant d'opérations que j'avais pratiquées avec des caustiques, et la valeur des procédés, M. le professeur Malgaigne a publié la 6e édition de son *Manuel de médecine opératoire*. On lit au chapitre 6, *Tumeurs du sein*, p. 512 et 513 :

« *Procédé de M. Girouard.* — M. Girouard a eu l'idée de pédiculer la tumeur, afin de n'avoir à appliquer les caustiques que sur le pédicule. Il se sert de deux tiges d'acier légèrement courbées pour embrasser la mamelle à sa base par leur partie moyenne, les extrémités restant relevées au-dessus des téguments voisins. Ces deux tiges sont réunies aux deux bouts par des vis qui les écartent et les rapprochent à volonté.

« .... Quand l'étreinte est assez forte pour figurer un pédicule allongé, on applique sur ce pédicule, et le long des tiges d'acier, une couche de pâte de Vienne. Quelques minutes après, les téguments cautérisés ont perdu de leur sensibilité; on rapproche derechef les tiges en resserrant les vis, puis on réapplique de nouveau caustique; et

Quand je compare les résultats des opérations que j'ai pratiquées avec le caustique de Vienne et le chlorure de zinc à ceux des opérations que j'ai faites avec l'instrument tranchant, je vois :

1° Qu'il est survenu moins d'accidents graves dans les opérations chirurgicales faites par le caustique que dans celles pratiquées avec l'instrument tranchant.

2° Que les douleurs produites par les caustiques ont toujours été bien plus facilement supportées que celles occasionnées par l'instrument.

3° Que plusieurs fois, sur des femmes qui avaient supporté l'amputation du sein par le caustique de Vienne et le chlorure de zinc, sans se plaindre, sans jeter un seul cri, avec une patience et un courage admirables, n'ayant plus qu'un faible pédicule à traverser, j'ai voulu, à leur insu, le couper avec le bistouri ; mais à peine avais-je fait une piqûre, qu'elles jetèrent des cris, et je fus forcé de terminer l'opération par une application de caustiques qu'elles supportèrent sans se plaindre.

3° Que, pendant vingt ans, ne m'étant servi que de l'instrument tranchant pour enlever le cancer du sein, le mal a presque toujours récidivé sur place, souvent même avant l'occlusion de la plaie, tandis que, depuis quinze ans que je n'emploie, vous le savez, que le caustique de Vienne et le chlorure de zinc, il n'y a eu que très-rarement récidive à l'endroit opéré, surtout depuis que je suis parvenu à disséquer et à contourner le mal et ses irradiations ; et même, lorsque avant l'opération le cancer ne s'était pas déjà reproduit dans le voisinage ou au loin, les deux tiers des malades ont été exemptés de toute espèce de récidive.

Les seuls inconvénients que m'ont présentés le caustique de Vienne et le chlorure de zinc, sont :

1° De demander de la part du médecin le courage et la patience de rester des heures entières près des malades, pour en suivre la marche et en diriger l'action.

2° D'opérer une perte de substances qui entraîne toujours une cicatrice longue à se former, plus ou moins difforme, qui, si elle a de l'étendue, peut être fort longtemps à prendre le caractère cutané, et même devenir douloureuse, s'enflammer et se rompre à la moindre cause et à plusieurs reprises.

Jamais je n'ai vu le caustique de Vienne et le chlorure de zinc donner lieu à des accidents nerveux ni à des troubles dangereux des fonctions.

Convenablement appliqués, ils n'occasionnent jamais d'hémorrhagie, jamais de fièvre, peu de réaction ; souvent même les malades ne gardent pas le lit et conservent l'appétit et le sommeil, ainsi que plusieurs d'entre vous ont pu en juger par eux-mêmes dans les opérations que j'ai pratiquées sous leurs yeux.

En n'employant que la quantité de chlorure de zinc strictement nécessaire, en ne le laissant séjourner sur le même endroit que le temps d'absolue nécessité pour imprégner les tissus et coaguler le sang, il n'y a que peu de douleurs ; aussi n'ai-je jamais eu besoin d'avoir recours aux anesthésiques.

« En ne mettant point en usage les septiques (les substances arsénicales), dit Fernel, liv. 1er, chapitre V, si la cautérisation ne pénètre pas jusqu'aux organes internes et se borne à certains endroits, elle ne peut déterminer beaucoup de fièvre, ni rendre le corps malade ; et, si quelque chose arrive, ce n'est que dans la partie cautérisée. De ce que quelques personnes seraient tourmentées de fièvre à l'occasion des caustiques, faudrait-il craindre quelque danger ? Assurément non ; ce n'est qu'un mouvement passager, une bouffée qui ne tardera pas à se dissiper. »

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

De l'anévrisme variqueux spontané, par M. Robert Maine, professeur de pathologie et médecin des hôpitaux. — Pendant longtemps et jusqu'à ces dernières années, on avait pensé que les anévrismes variqueux et les varices anévrismales dépendaient toujours d'une lésion traumatique. Quand on eut découvert des exemples de communication morbide des grosses branches artérielles et veineuses sans le concours d'aucune lésion traumatique, il fallut modifier nécessairement l'histoire de l'anévrisme variqueux au point de vue étiologique et chercher à l'aide de quel mécanisme pathologique se produisent les communications anormales dont nous parlons. A ce point de vue, il est bon, avant de citer l'observation que rapporte le docteur Mayne, de passer en revue avec lui les principaux cas de cette curieuse affection que la science possède.

ainsi de suite jusqu'à ce que les tiges ne soient plus guère séparées que par l'épaisseur des téguments. On laisse l'instrument en place jusqu'au lendemain ; le lendemain, avec un bistouri qui longe les tiges d'acier, on enlève le sein, sans beaucoup de douleur et sans hémorrhagie.

» Les caustiques ainsi employés m'ont paru avoir des avantages réels sur le bistouri, surtout quand le sein est pris tout entier. »

En 1831, le professeur Syme publia, dans le xxxvie volume du *Journal d'Édimbourg*, les détails d'une observation dans laquelle il avait trouvé une communication de l'aorte abdominale et de la veine cave, d'un centimètre à peu près d'ouverture. Le *Journal de Dublin* (t. xviii, p. 166) relate le cas d'un anévrisme vrai de l'iliaque primitive s'ouvrant dans la veine correspondante. Le tome xxi du même recueil (p. 443) parle d'un anévrisme de l'aorte qui communiquait avec la veine cave supérieure. Le *Cyclopedia of anatomy and physiology*, en traitant des conditions pathologiques des artères, parle d'une communication analogue entre l'artère et la veine poplitée.

Après ces communications importantes, mais isolées, le mémoire le plus important qui ait été publié sur cet intéressant sujet est celui du docteur Thurnam ; il a été inséré au tome v de la seconde série des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*. L'auteur y comprend dans le même titre les communications des anévrismes de l'aorte avec l'artère pulmonaire, ainsi que l'oreillette droite et le ventricule droit du cœur.

Nous arrivons maintenant à l'exposition des principaux détails de l'observation du docteur Mayne.

Obs. — Une femme de 50 ans fut admise à l'hôpital du South-Dublin-Union le 22 avril 1855. Elle avait été employée les jours précédents à des travaux manuels fatigants et qui exigeaient qu'elle se tînt le corps courbé et la tête fortement penchée en avant. Dans cette posture, elle éprouva subitement une sensation d'étranglement analogue à celle d'un lien étreignant fortement le cou. Au même instant la face changea de coloration, la respiration s'embarrassa, il survint une suffocation extrême et des vertiges.

Le lendemain de l'accident, l'attention se porta d'abord sur la couleur cyanique de la face dont la teinte était d'un rouge très-foncé, ainsi que le cou, les épaules et la partie supérieure du thorax. Les autres parties du corps étaient pâles et presque exsangues. Les yeux étaient saillants et présentaient tous deux de l'œdème sous-conjonctival. La face, les deux côtés du cou, les parties antérieures et supérieures du thorax étaient bouffis. Les clavicules disparaissaient sous ce gonflement, qui ne donnait pas à la pression la sensation de l'emphysème ni l'impression de l'œdème. Toutes les veines de la tête, du cou, des extrémités supérieures et des parties supérieures du thorax, toutes les branches de la veine cave supérieure, en un mot, étaient turgescentes et variqueuses. Le pouls radial était ondulant et à 110 pulsations. La malade gardait la position assise dans son lit ; le décubitus horizontal amenait immédiatement la suffocation et augmentait la teinte cyanique du visage.

La percussion donnait un son normal dans toute la poitrine, si ce n'est dans la région thoracique antérieure droite où la matité existait, du tiers interne la clavicule au sternum d'une part et d'autre part au mamelon, comprenant ainsi la moitié supérieure du sternum. Vers l'extrémité sternale de la seconde côte droite, la main percevait une impulsion forte, simple et systolique. On y percevait aussi un frémissement distinct avec un souffle très-intense. La région précordiale ne présentait rien d'anormal, si ce n'est que le souffle s'y propageait en s'affaiblissant. Les grosses veines du cou faisaient entendre un bruit analogue au bruit de rouet.

L'intelligence s'affaiblit peu à peu, les réponses devinrent lentes, il survint des vomituritions. La malade mourut le huitième jour dans un état de convulsions épileptiformes.

L'autopsie montra une congestion extrême des veines du crâne, l'œdème du tissu cellulaire du cou, de la poitrine, des extrémités supérieures. La jugulaire interne du côté droit avait presque le volume de l'intestin grêle, et elle était distendue par un sang noir. La jugulaire interne gauche, la sous-clavière et la veine innominée étaient remplies de coagula noirs non adhérents. Le cœur a l'état normal. La crosse aortique était énormément distendue, et cette distension comprenait toute l'aorte ascendante et 2 pouces environ de l'aorte descendante. Les différentes parties de l'artère formaient une vaste poche oblongue qui remplissait le médiastin et se projetait à droite du sternum. De la partie supérieure de ce sac anévrismal naissait le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière gauche. La veine innominée, du côté gauche, adhérait à la tumeur, et cette adhérence était tellement intime qu'il était impossible de la séparer du sac dont les parois en ce point ne formaient qu'une cloison très-amincie qui séparait le sang artériel du sang veineux. Des adhérences semblables unissaient la veine cave supérieure à l'anévrisme, et il existait là une communication entre l'aorte et la veine cave, la cloison intermédiaire ayant été détruite en un point. La veine innominée gauche et la veine cave supérieure avaient notablement diminué de volume dans le lieu de leur adhérence à l'aorte. Un coagulum mou et

noir remplissait la dilatation anévrismale. L'orifice de communication des deux vaisseaux était ovale, à bords irréguliers et dentelés, sorte de boutonnière traversée à son centre par une bride irrégulière.

(*The Dublin quart. Journ. of medical science* et *Gazette médicale de Paris*.)

De quelques contre-indications du seigle ergoté pendant le travail de l'accouchement. — L'ergot de seigle, outre ses propriétés hémostatiques bien connues, est utile dans le cas où les contractions utérines ne sont pas assez fortes pour terminer l'accouchement, dans le cas d'inertie. Seulement il est malheureux qu'on fasse un si grand abus de ce précieux médicament : nous l'avons vu souvent administrer dans des cas où il était tout à fait inutile, parce qu'on en méconnaissait l'indication. Cet abus et les conséquences fâcheuses qui en sont résultées ont beaucoup contribué à discréditer l'ergot de seigle dans l'esprit d'un grand nombre de praticiens. Néanmoins on ne doit pas pour cela se priver d'un moyen précieux parce qu'il y a des inconvénients quand il est employé mal à propos. Il s'agit de reconnaître les cas qui nécessitent ou non son usage, de savoir, en un mot, les indications et les contre-indications du seigle ergoté en obstétrique.

Nous allons déterminer, d'après M. Paul Dubois, quelques-unes des circonstances qui semblent simuler l'emploi du seigle ergoté et qui en réalité l'excluent. Les circonstances dans lesquelles s'affaiblissent les contractions utérines et qui ne nécessitent pas l'emploi de l'ergot sont assez nombreuses, et exigent souvent assez de sagacité et d'habitude de la part de l'accoucheur pour être reconnues. Nous ne citerons que les principales, avec les indications que chacune d'elles réclame en particulier ; ce sont :

1° Un affaiblissement provenant d'un état naturel ou d'un état pathologique antérieur. Ce sont des toniques, du bouillon, du vin qu'il faudra donner pour relever les forces de la femme en travail.

2° La distension extrême de l'utérus par une quantité trop abondante de liquide amniotique, ce qui produit une paralysie incomplète, les fibres utérines étant trop distendues. Il faut pratiquer la ponction des membranes alors que la dilatation est au quart faite, et grande comme une pièce de 5 francs. C'est ce que M. Paul Dubois appelle le cathétérisme de l'utérus.

3° La congestion de la face, qui amène un affaiblissement des contractions utérines, par suite de pléthore de la femme. Une saignée du bras convient alors.

4° Une préoccupation de la femme en couches, une contrariété vive, peut-être la présence d'une personne dans la chambre suspendent les contractions utérines. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

5° L'élévation extrême de la température dans un appartement nuit à l'exercice des contractions utérines par la congestion cérébrale qu'elle détermine. Ventiler la salle, rafraîchir un peu l'air.

6° Des douleurs étrangères aux contractions utérines pendant l'accouchement, par suite d'une réplétion considérable de la vessie, qui est comprimée par l'utérus et les muscles de l'abdomen ; cette douleur est quelquefois si vive qu'elle paralyse et affaiblit les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux. Il faut pratiquer le cathétérisme pour évacuer l'urine.

Des douleurs de reins extrêmes affaiblissent les contractions utérines ; pour remédier à cela il faut appliquer le forceps, si le travail est avancé, ou attendre patiemment. Il en sera de même pour la douleur de tête violente survenant au moment de la contraction des muscles abdominaux.

7° L'évacuation prématurée des eaux de l'amnios rend le travail languissant ; car, comme tous les organes creux, l'utérus, pour se contracter, prend son point d'appui sur ce qu'il contient : si le fœtus résiste, la contraction se continue, mais si la poche amniotique est rompue, le fœtus s'engage et l'utérus n'a plus de point d'appui.

8° Un obstacle contre lequel les contractions utérines viennent s'affaiblir, par exemple, le non-écoulement des eaux de l'amnios, par suite de la non-rupture et de la rigidité, de la résistance des membranes ; un obstacle à la dilatation survenant du col de l'utérus, soit par sa rigidité de contraction ou un état de pléthore, soit, comme il s'en est récemment présenté un exemple à la clinique d'accouchements, par l'induration, l'altération de son tissu. Dans le premier cas on emploie la belladone ou la saignée générale ; dans le deuxième cas on vaincra la résistance par l'instrument tranchant.

Il y a aussi l'obliquité du col de l'utérus en arrière qui affaiblit les contractions utérines. S'il ne se dilate pas, il faut débrider la lèvre antérieure avec le bistouri boutonné.

(*L'Abeille médicale.*)

Chimie médicale et pharmacie.

Histoire chimique et naturelle du lupulin. — M. J. PERSONNE, préparateur de chimie à l'École de pharmacie, a communiqué à l'Académie des sciences la note suivante :

Le houblon, *humulus lupulus*, comme on le sait, fournit au commerce un produit très-important pour la thérapeutique et surtout pour la fabrication de la bière, produit qui se présente sous la forme de petits cônes ou épis courts formés par la réunion de fleurs femelles sur un axe raccourci.

Les fruits et les écailles qui constituent ces cônes sont recouverts, les fruits à leur surface et les écailles à la base de leur page externe, par une multitude de petits corpuscules jaunes, résineux et odorants, que l'on détache très-facilement en frappant les cônes mûrs et secs. Cette poudre jaune constitue le *lupulin* et la partie la plus importante du houblon. C'est à elle seule, en effet, que l'on doit rapporter les propriétés, c'est-à-dire la saveur amère et aromatique de cette plante ; car si l'on dépouille les écailles et le fruit de cette poudre jaune, on les prive complétement de toute saveur.

L'importance de ce corps, qui a été aussi désigné sous le nom de *lupuline* et *lupulite*, a été reconnue depuis longtemps. Le premier examen en fut fait par le docteur Ivey, de New-York ; un an après, MM. Payen et Chevallier en firent une analyse plus complète ; enfin, en 1827, M. Raspail démontra, dans son mémoire sur l'*organisation de la lupuline*, l'analogie complète de ce corps avec le pollen, et le désigna sous le nom de *pollen des organes foliacés*.

Cette assimilation du lupulin au pollen d'un côté, et, d'un autre, la petite quantité de matière que les chimistes ont soumise à leur investigation, ne leur ayant pas permis d'étudier les corps qu'ils en ont obtenus, j'ai pensé qu'il serait d'une certaine utilité de reprendre cette étude.

Forme, structure et développement du lupulin. — Le lupulin, obtenu des cônes pris à maturité, se présente sous la forme d'une poudre jaune, dont la teinte varie du jaune-verdâtre au jaune d'or et au jaune-orange foncé, suivant le temps écoulé depuis la récolte. Les grains varient en grosseur de 20 à 30 centièmes de millimètre.

Ces grains, parvenus à leur complet développement, affectent la forme d'un gland muni de sa cupule ; mais la comparaison ne s'applique qu'à la forme extérieure. En effet, la surface des deux parties du lupulin est parfaitement continue ; seulement, la supérieure, à son insertion sur l'inférieure, s'infléchit un peu vers le centre, et c'est cette courbe légère qui rappelle la forme du gland. Ces deux parties du lupulin présentent une structure apparente semblable ; elles semblent toutes les deux composées de cellules irrégulières, qui paraissent cependant disposées avec une certaine régularité. C'est par la base de la cupule que le grain se trouve fixé sur les bractées, et ce sont les cellules qui la composent qui sécrètent les matériaux que renferme la cavité du grain.

En observant l'origine et le développement de cette glande singulière, on est témoin d'un phénomène anatomique et physiologique des plus curieux qu'offre la science. On voit que le lupulin commence comme un poil très-raccourci ayant son extrémité globuleuse composée de quelques utricules ; son sommet paraît se déprimer par l'élévation graduelle des bords : elle se trouve enfin transformée en une petite coupe fort élégante, striée longitudinalement à l'intérieur et à l'extérieur, et tapissée intérieurement par une cuticule qui doit former la partie supérieure du grain. Le pédicelle étant resté stationnaire pendant cet accroissement, la cupule paraît sessile.

Alors commence la sécrétion du liquide qui, s'épanchant entre la surface de la cupule et la cuticule qui la tapisse, soulève peu à peu cette cuticule et la refoule à l'extérieur comme un doigt de gant. C'est alors que le lupin prend la forme du gland auquel je l'ai comparé et qu'il est parvenu à son complet développement.

Je fais voir que les boyaux polliniques que M. Raspail a cru observer n'existent pas : je démontre que la position que le lupin occupe dans la plante, l'époque de son entier développement, etc., sont autant de faits qui combattent l'opinion émise par ce physiologiste sur la nature du lupulin et les fonctions qu'il lui attribue.

Enfin, comme ce corps ne se développe complétement que sur les bractées ou écailles florales et sur l'ovaire, tandis que sur les feuilles de la tige il reste à l'état rudimentaire et se flétrit rapidement, je crois, comme l'ont déjà dit MM. Payen et Chevallier, que ce n'est qu'un organe destiné à protéger le fruit contre l'humidité au moyen de la matière résineuse qu'il sécrète, à la manière de certains bourgeons qui sont protégés par une matière résineuse spéciale.

Histoire chimique du lupulin. — Le lu-

pulin fournit, par l'action de l'eau bouillante, deux groupes de corps ; les uns, volatils, s'obtiennent par la distillation avec ce véhicule ; les autres, fixes, ou du moins non volatils, avec la vapeur aqueuse.

Les produits volatils sont : un acide et une huile essentielle.

L'acide, en saturant par du carbonate de soude l'eau distillée acide, évaporant à siccité, traitant le résidu par l'acide sulfurique ou phosphorique, et distillant le liquide huileux obtenu : après plusieurs rectifications, on recueille un liquide bouillant vers + 175 degrés, et distillant sans altération vers cette température.

Cet acide est un liquide incolore, légèrement oléagineux, assez fluide, d'une odeur forte et persistante d'acide valérianique ; sa saveur est acide et piquante ; il produit une tache blanche sur la langue, comme les acides gras et volatils énergiques. Il ne se solidifie pas par un froid de — 16 degrés, et reste même parfaitement liquide ; il brûle facilement avec une flamme fuligineuse. La densité à + 15 degrés a été trouvée de 0,9403.

Il forme, avec la baryte, un sel difficilement cristallisable qui éprouve un mouvement giratoire quand on le projette en petits fragments à la surface de l'eau.

Sa composition, en centièmes, a été trouvée de C = 58,64; H = 9,91 ; O = 31,45 ; ce qui donne la formule de l'acide valérianique hydraté $C^{10}H^{10}O^4$. Les analyses des sels d'argent, de cuivre et de baryte conduisent toutes au même résultat. Ainsi, le sel d'argent contient, en centièmes, Ag = 51,81 ; C = 28,49 ; H = 4,38 ; le sel de cuivre : Cu O = 29,599 ; C = 44,97 ; H = 6,86 ; le sel de baryte : Ba O = 45,04 ; C = 35,24 ; H = 5,337.

Cet acide est donc bien de l'acide valérianique.

Le lupulin en fournit des quantités qui varient depuis 1 pour 100 jusqu'à 0,61, c'est-à-dire près de moitié.

L'huile volatile est plus légère que l'eau, quelquefois d'un très-beau vert, couleur qu'elle perd par la rectification ; son odeur rappelle un peu celle du houblon ; elle n'a pas de réaction acide ; mais, par son exposition au contact de l'air, elle s'acidifie en se résinifiant. Elle entre en ébullition vers + 140 degrés, et distille pendant quelques instants entre + 150 et 160 degrés ; mais la température s'élève bien vite et finit par dépasser + 300 degrés. De telle sorte qu'il est impossible d'isoler des produits dont le point d'ébullition soit assez constant.

J'ai obtenu deux liquides, dont le point d'ébullition est très-éloigné, puisque le premier a été recueilli entre + 150, 160 degrés, et le second vers + 300 degrés ; cependant ces liquides donnent à l'analyse les mêmes nombres en centièmes. La quantité de carbone n'a varié, dans un grand nombre d'analyses, que de 0,26 à 0,24 pour 100, l'hydrogène, l'oxygène, restant toujours dans le même rapport. L'analyse de ces corps conduit à la formule $C^{22}H^{18}O^2$.

Ces liquides dévient à droite la lumière polarisée ; ils n'éprouvent aucun changement par l'exposition prolongée à un froid de — 17 degrés. L'acide sulfurique les dissout en les colorant en rouge ; l'eau les sépare de la dissolution, et le liquide aqueux retient un acide copulé formant un sel soluble avec la baryte. L'acide nitrique les transforme en acide valérianique et matière résineuse. La potasse en solution ne paraît pas les attaquer ; mais si on les fait tomber goutte à goutte dans de la potasse fondante, on obtient un hydrogène carboné liquide, du carbonate et du valérianate de potasse.

Cette réaction de la potasse éclaire sur la véritable constitution de cette essence, et vient la ranger à côté de l'essence de valériane. L'hydrogène carboné obtenu possède, en effet, la formule $C^{10}H^8$, et en retranchant cette formule de celle donnée plus haut, il reste $C^{12}H^{10}O^2$, qui est le valérol obtenu de l'essence de valériane par M. Gerhard. La grande quantité de matière résineuse que renferme le lupulin, s'oppose à ce que l'on puisse isoler aussi facilement ce corps solide que dans l'essence de valériane.

La seule différence qui existerait entre l'essence de houblon ou de lupulin et celle de valériane, c'est que l'hydrogène carboné de l'essence de houblon n'est pas le bornéine de l'essence de valériane ; il ne peut donner de camphre solide de Bornéo, et son odeur le rapprocherait plutôt du thymène. Il paraît éprouver facilement une condensation moléculaire par l'action de la chaleur.

La masse solide résineuse, épuisée par l'eau, retient encore une assez grande quantité du corps oxygéné ou *valérol*. Si, après l'avoir mélangée intimement avec de l'hydrate de chaux, on distille le mélange à une température modérée, de manière à ce que la masse ne se charbonne pas, on obtient un liquide huileux, d'une odeur pénétrante, duquel on peut séparer, par la rectification, un liquide bouillant vers + 90 degrés, incolore, d'une odeur éthérée pénétrante, sans action sur les réactifs colorés, mais devenant promptement acide par son exposition au contact de l'air.

La densité est de 0,8009 à + 20 degrés.

La potasse le brunit et le résinifie ; il réduit avec la plus grande facilité le nitrate d'argent. Les acides nitrique et chromique le transforment en acide valérianique ; la chaux sodée donne également du valérianate de soude et de l'hydrogène. Sa composition, en centièmes, a été trouvée de $C = 69,68$, $H = 11,60$; d'où la formule $C^{10} H^{10} O^{2}$, qui est celle de l'aldéhyde valérianique obtenue par M. Chancel par la distillation du valérianate de chaux.

Il me reste, pour terminer l'histoire du lupulin, à décrire les produits non volatils. Les plus importants sont : un acide organique et une matière amère azotée, solubles dans l'eau ; mais je n'ai pas encore été assez heureux pour les isoler de manière à pouvoir les soumettre à un examen suffisant.

Analyse qualitative et quantitative de l'iode, et sa séparation du brome et du chlore au moyen de la benzine et de l'azotate d'argent ; par M. Ed. Moride. — La benzine a la propriété de dissoudre l'iode partout où elle le rencontre à l'état de liberté, en prenant une couleur d'un rouge vif, d'autant plus foncé qu'elle contient plus d'iode. Vient-on à instiller quelques gouttes d'acide hypoazotique dans un liquide contenant un iodure alcalin, et à y ajouter 2 ou 3 grammes de benzine, si on agite fortement le tout, la benzine ne tarde pas à monter à la surface du liquide en entraînant l'iode.

Cette réaction permet de constater avec la plus grande facilité la présence de 1 milligramme dans quatre litres d'eau.

D'après l'auteur, la sensibilité de la benzine est très-supérieure à celle du chloroforme et même de l'amidon employés comme réactifs de l'iode.

La benzine fournit non-seulement le moyen de séparer de l'eau des quantités infiniment petites d'iode, mais aussi un procédé très-facile pour les doser par l'azotate d'argent ou le mercure métallique.

Voici comment on opère.

Après avoir lavé à plusieurs reprises la benzine iodée dans l'eau distillée, on l'enlève avec une pipette et on l'introduit dans un tube bouché où on l'agite soit avec quelques gouttes d'une solution d'azotate d'argent, soit avec un poids connu de mercure métallique jusqu'à parfaite décoloration de la liqueur. Le précipité jaune d'iodure d'argent est ensuite lavé avec de l'alcool à 33°, puis jeté sur un filtre et pesé avec les précautions convenables. Dans le second cas, on agite du mercure pesé à l'avance avec une solution iodée et on en détermine l'augmentation de poids. On peut encore contrôler ces résultats en dissolvant le protoïodure de mercure formé par l'iodure de potassium en excès.

Le brome, les bromures d'acide azotique, hypoazotique ou chlorhydrique étendus, ne colorent nullement la benzine ; il en est de même du chlore et des chlorures. Le brome et le chlore restent dissous dans les eaux qui servent à laver la benzine, et on peut les en séparer par l'azotate d'argent. La benzine entraînant l'iode sans dissoudre ni le brome, ni le chlore, permet donc de séparer parfaitement l'iode de ces derniers corps et de constater d'une manière précise la présence de chlorures ou de bromures dans l'iodure de potassium du commerce.

(Journal de pharmacie et de chimie.)

Falsifications.

Falsifications des feuilles de frêne ; par M. TIMBAL-LAGRAVE, pharmacien à Toulouse.

J'ai vendu jusqu'à présent, dans mon officine, des feuilles de frêne que j'avais fait récolter dans la montagne Noire, aux environs de Sorèze ; ayant épuisé ma provision, je demandai cette substance aux divers droguistes et herboristes de notre ville qui, la plupart, me livrèrent, au lieu du *fraxinus excelsior*, les feuilles de frêne exotiques, qu'on cultive dans les parcs et promenades. L'un d'eux m'a vendu les feuilles de redoul, *coriaria myrtifolia*. Enfin, il y a quelque temps, une femme qui récolte des plantes pour les herboristes, m'a offert, comme feuilles de frêne, les feuilles du vernis du Japon (*aylanthus glandulosa*.)

On cultive dans les parcs et promenades le *fraxinus sambucifolia*, *quadrampilatus*, *rotundifolia* et *americana* ; le *fraxinus excelsior* est propre aux bois montueux : les Pyrénées et la montagne Noire. On préfère, dans les cultures, les espèces exotiques ; leur bois est plus serré, plus uni, plus dur ; ils se rencontrent donc plus aisément autour des villes, où se fait la récolte des feuilles de frêne.

Je n'entends rien préjuger en excluant momentanément les espèces de frênes exotiques et cultivés. Je suis persuadé, avec M. Mouchon, que quelques-unes de ces espèces peuvent jouir des mêmes propriétés, peut-être même à un degré plus

élevé; mais il est imprudent, dès le début d'un médicament qui donne de si belles espérances à la médecine, de confondre le type médical sans preuves certaines ; il faut, au contraire, bien s'assurer que l'on emploie le *fraxinus excelsior* à l'exclusion des autres, afin de donner aux observations toute la force d'une expérimentation exacte et rigoureuse.

La substitution du redoul, *coriaria myrtifolia*, est bien plus grave que celle dont je viens de parler. Le redoul est un végétal toxifère bien déterminé ; ses fruits et ses feuilles sont un poison énergique. Prises à l'intérieur, elles donnent des convulsions, des accès d'épilepsie et autres affections nerveuses qui conduisent à la mort ; ces feuilles, prises à la dose de 30 grammes, comme l'indique M. Mouchon, peuvent donc occasionner de graves accidents.

Le redoul est un arbrisseau de 1 mètre à 1 mètre 30 centimètres de hauteur ; ses feuilles et ses fleurs se montrent en même temps sur les rameaux supérieurs ; les feuilles alors sont très-petites ; dans cet état, elles ont servi, d'après Mérat et Delens, à sophistiquer le séné de l'Inde à feuilles elliptiques et entières ; les rameaux extérieurs et les rameaux stériles ont les feuilles quatre fois plus grandes, ovales, entières, ayant trois nervures qui partent de la base de la feuille, une médiane et deux latérales ; il est très-répandu dans nos provinces méridionales ; il abonde à Toulouse sur les bords de la Garonne et les côteaux de Pech-David ; on l'emploie quelquefois dans le tannage des cuirs avec le *rhus coriaria*.

Le *fraxinus excelsior* est très-peu répandu aux environs de Toulouse. Pour faire la récolte des feuilles, il y a certaines difficultés : monter sur l'arbre, par exemple, tandis que le redoul est partout autour de Toulouse ; on peut récolter les feuilles de plein pied sans aucune difficulté ; c'est sans doute ce qui lui a valu la préférence, c'est probablement la cause de cette malheureuse substitution.

La substitution du vernis du Japon (*aylanthus glandulosa*) est due certainement à l'ignorance du récolteur : je n'ai pu savoir si la personne qui m'a offert ces feuilles a pu les vendre à quelque droguiste ou pharmacien ; quoi qu'il en soit, il est essentiel d'être en garde et de se méfier de ces fraudes et substitutions, afin de donner au *fraxinus excelsior* toute sa valeur médicale ; il serait malheureux de rejeter un agent thérapeutique qui est appelé, si les premières observations se confirment, à atténuer, sinon guérir, certaines affections qui ont résisté à tant d'autres médicaments.

Voici quelques caractères très-tranchés et qui pourront servir à distinguer celles qu'on doit choisir.

Le *fraxinus excelsior* L., jusqu'à présent type médical, offre des feuilles composées, à folioles glabres, ovales, *lancéolées-aiguës*, régulièrement dentées à partir des trois-quarts supérieurs.

Les frênes cultivés ont les feuilles à folioles plus grandes, ovales, jamais exactement lancéolées, moins dentées ; quelques-unes ont le dessous des feuilles glauques, blanchâtres ou pubérantes.

Le redoul est très-facile à distinguer ; ses feuilles ont les folioles ovales ou elliptiques entières avec trois nervures, une médiane et deux latérales, partant toutes trois de la base du limbe de la feuille : ce précieux caractère est très-facile à saisir.

Le vernis du Japon a les feuilles très-grandes, ondulées, ovales, avec le sommet très-long, inégalement et grossièrement dentées. Ces feuilles se distinguent très-bien.

(*Journal de médecine de Toulouse.*)

Pharmacie.

Considérations pharmacologiques sur les préparations de fer ; par M. SOUBEIRAN, professeur à la Faculté de médecine (Extrait).

Il est une circonstance qui rend les ouvrages de pharmacie d'un emploi difficile pour le médecin. C'est qu'ayant été faits à un point de vue différent du sien, il y rencontre pour chaque substance médicamenteuse une multiplicité de formules desquelles il lui est fort difficile de faire un départ convenable. Il y a des gens (et le nombre certes n'en est pas mince) qui s'industrient à créer des formules pour attirer l'attention et dans un intérêt de lucre ; il en est d'assez nombreux encore qui se sont persuadé qu'ils marchaient à l'illustration en appliquant, à tort et à travers, à quelque substance médicamenteuse plus ou moins ignorée, toutes les formes pharmaceutiques qu'un médicament peut revêtir ; en outre, il faut compter tous les remèdes de bonnes femmes dont fourmillent nos formulaires. Au milieu de toutes ces causes d'encombrement, il faut bien reconnaître la nécessité où se sont trouvés les auteurs des ouvrages de pharmacie de faire une large place à des préparations peu recommandables. Leurs ouvrages ont été écrits

pour des pharmaciens qui n'ont pas à s'enquérir dans l'application de la valeur réelle du médicament, mais qui sont appelés à le préparer quand il a été prescrit. Or, tant que l'universalité des médecins n'aura pas appris à faire justice complète d'une foule de remèdes surannés et inutiles, force sera au pharmacien de les préparer, et aux traités de pharmacie de leur enseigner à le faire. Ce ne sera pas une petite tâche que de vider ces étables d'Augias d'une nouvelle espèce, dont un des plus graves inconvénients est d'éloigner le médecin d'une étude qui lui est cependant indispensable. Qu'il me soit permis de citer un exemple entre tous. Je ne le choisirai pas dans la série des plus confus et des plus encombrés. Ce sera le fer et ses préparations qui, elles au moins, ont le grand avantage de réussir toujours, quand l'usage thérapeutique de leur base a été justement indiqué.

Nous voyons figurer comme bases des différentes préparations de fer, le fer métallique en limaille ou le fer réduit par l'hydrogène, l'oxyde noir et l'oxyde rouge avec ses variétés de pierre hématite, de colcothar, de safran de mars astringent, de rouille, de safran de mars apéritif ; le sulfure de fer ; le chlorure de fer et le chloride ; le bromure, l'iodure, le carbure et le cyanure de fer ; les sulfates ferreux et ferrique ; le nitrate, les phosphates et pyrophosphates, l'arséniate, l'acétate, le citrate, le tartrate, le malate, le tannate de fer, tous ces sels à base de protoxyde ou de peroxyde ; sans compter les combinaisons doubles, comme le chlorure ferrico-ammonique, les tartrates ferroso et ferrico-potassique, les citrates ammonico-ferrique et ferrique ammoniacal, le cyanure ferroso-potassique. Ajoutons que tous ces composés déjà si nombreux ont été appelés à prendre toutes les formes imaginées pour faciliter l'administration des médicaments, poudres, pilules, vins, vinaigres, teintures, sirops, électuaires, etc... Qu'on ne s'étonne pas que, dans cet encombrement d'une fausse richesse, le praticien soit quelque peu embarrassé pour faire un choix ; d'autant plus que chaque préparation se recommande par des attestations respectables et toutes vraies, parce que, dans les circonstances où les ferrugineux sont utiles, on réussit toujours, plus ou moins bien, avec l'une ou l'autre de leurs préparations. Essayons cependant de jeter quelque lumière sur ce sujet. Nous trouvons d'abord certains composés doués d'une cohésion forte que nous avons quelque peine à attaquer dans nos laboratoires par les acides énergiques et les alcalis puissants, tels que le colcothar, la pierre hématite, le safran de mars astringent, l'éthiops martial, l'arséniate de fer. Il y a peu à espérer d'eux. On pourrait, sans nul dommage, les rayer de la matière médicale usuelle. On leur attribue le privilége d'agir lentement ; mais il faut reconnaître qu'ils sont infidèles et qu'ils ne peuvent être dosés régulièrement. Il y aurait tout avantage à les remplacer par des composés plus solubles, dont on atténuerait la dose à volonté.

La limaille de fer, et mieux qu'elle, le fer réduit par l'hydrogène, malgré son insolubilité propre, sont employés avec avantage. L'extrême division du second de ces médicaments assure sa dissolution par les acides de l'estomac ; les renvois odorants d'hydrogène qu'il produit sont le seul reproche qu'on soit en droit de lui faire.

C'est au même titre que le carbonate de protoxyde de fer se recommande aux praticiens, à la condition qu'il sera convenablement enveloppé, pour être préservé de la suroxygénation. Il remplace avec avantage la vieille préparation, assez inconstante dans sa composition, que l'on appelait le safran de mars apéritif : pour l'usage intérieur, il devrait encore prendre la place de tous les sels de fer à base de protoxyde.

Quant à la longue série des sels solubles, ils se recommanderaient tous au même titre, s'il ne fallait pas tenir compte de quelques circonstances particulières à certains d'entre eux. Ainsi, on rejettera le nitrate, sel essentiellement inconstant dans sa composition, et qui ne se retrouve jamais semblable à lui-même. On n'emploiera pas à l'intérieur, sans une grande réserve, les sels solubles à acides minéraux, dont la saveur atramentaire et la forte stypticité exercent une influence fâcheuse sur la membrane de l'estomac, à moins que leur dissolution, comme dans certaines eaux minérales, ne soit extrêmement étendue. Un seul de ces sels, le sulfate, peut tenir lieu de tous les autres.

Les sels de fer à acides végétaux n'ont pas une stypticité aussi fâcheuse. Enfin, quelques sels ont une action spéciale qui participe de leur base et de leur principe électro-négatif ; tels sont l'iodure et le bromure de fer, et aussi le tannate, dont la valeur, comme agent thérapeutique, est cependant fort équivoque.

Reste encore à savoir lesquels, des sels à base de protoxyde ou à base de peroxyde, sont les plus avantageux pour la pratique. Quelques sels de peroxyde se recommandent spécialement par leur insipidité pres-

que absolue et par leur solubilité qu'ils conservent même en présence des liquides albumino-alcalins qui constituent nos humeurs. Le tartrate ferrico-potassique est de ce nombre ; sa composition est constante, et cette double circonstance doit le faire substituer à toute la série des préparations analogues, mais infidèles, qui nous ont été léguées par les anciens formulaires, telles que les boules de Nancy, la teinture de mars tartarisée, le tartre chalybé et le tartre martial soluble : elles devraient disparaître définitivement de la matière médicale.

Quant à savoir lesquels il faut préférer des composés à base de protoxyde ou de peroxyde, l'expérience n'a pas prononcé. A sa place, on a mis des théories. M. Mialhe recommande les sels de peroxyde, qui présentent le fer au sang dans l'état même où il doit y être contenu (ce qui est fort douteux encore). M. Calloud veut au contraire que les sels de protoxyde soient plus efficaces, parce que, suivant lui, l'action consiste dans une désoxygénation qui serait la condition du succès. Heureusement, en cette circonstance, et en dépit de l'une et l'autre théorie, la chlorose guérit, quand on la traite par les sels de fer protoxydés, comme par les composés plus avancés en oxygénation.

Ce qui précède fait voir que les nombreux composés de fer qui figurent dans la matière médicale peuvent être réduits à un petit nombre. La réforme deviendrait plus large encore si l'on appréciait l'utilité des formes sous lesquelles il convient d'administrer chaque composé. La préparation est-elle insoluble, comme le fer métallique, la forme de poudre réunit tous les avantages : administration facile, conservation du médicament avec tous ses caractères et sans altération. Pour les composés solubles, il faut rejeter toute préparation qu'il faudrait conserver dans la bouche, pour épargner au malade l'impression désagréable de la saveur atramentaire, et pour ménager les gencives et les dents. Sous ce double rapport, les tablettes ferrugineuses doivent être bannies, et l'on fera bien même d'éviter les sirops et les électuaires. Une seule forme pharmaceutique est toujours acceptable : c'est la forme pilulaire, à la condition que l'excipient sera choisi de manière à assurer la dissolution du principe ferrugineux, et avec la précaution de donner à l'estomac le liquide nécessaire pour fournir à la dissolution.

D'après ce seul exemple, on peut juger combien la matière médicale aurait à gagner à un examen critique qui la débarrasserait d'une foule d'éléments qui l'encombrent et qui lui nuisent ; les uns, parce qu'ils ne sont pas nécessaires ; les autres, parce que la science possède mieux qu'ils ne peuvent offrir ; d'autres enfin, parce qu'ils sont tout à fait défectueux. Il faut pourtant se garder d'aller trop loin. Le médecin pourrait se trouver fort embarrassé dans sa pratique si, de toutes les substances qui peuvent se suppléer dans la matière médicale, on n'en conservait qu'une seule du même type.

Il faut qu'il se réserve le moyen de substituer un médicament à un autre, tantôt pour satisfaire à quelque exigence d'idiosyncrasie, tantôt pour contenter le malade qui s'est fatigué d'un remède longtemps prescrit, quelquefois pour gagner du temps et soutenir la patience du malade par un changement simulé de médication, alors que le médecin attend des seuls efforts de la nature une réaction salutaire. L'action des médicaments s'use vite d'ailleurs ; il convient de remplacer par un nouvel agent celui auquel nos organes se sont habitués. C'est ainsi que, suivant M. Magendie, on prolonge l'effet de la morphine sans en augmenter la dose, si l'on a le soin de substituer les uns aux autres des sels à acides différents, mais ayant cet alcaloïde pour base commune.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

SUR LE MEILLEUR MODE DE PRÉPARATION POUR LE PERCHLORURE DE FER LIQUIDE ; par M. BURIN-DUBUISSON.

..... On purifie une solution de protosulfate de fer du commerce par de la limaille de fer et l'addition d'un peu d'acide sulfurique d'abord, puis, après avoir filtré par un courant lent de gaz sulfhydrique, on filtre et l'on peroxyde par l'acide nitrique. On précipite la solution par un léger excès d'ammoniaque, et on lave avec soin le peroxyde de fer gélatineux obtenu.

On sature ensuite aussi bien que possible de l'acide chlorhydrique blanc et pur par l'hydrate ferrique ci-dessus, en laissant digérer d'abord à froid, puis au bain-marie d'eau bouillante. On filtre la solution et l'on commence à évaporer la liqueur à un peu moins de moitié sur un feu doux, puis on continue l'évaporation au bain-marie, comme l'a conseillé M. Gobley pour la préparation du chlorure ferrique cristallisé, en ayant soin d'éloigner les vapeurs aqueuses, qui donneraient lieu à la formation d'acide chlorhydrique et à un dépôt d'oxydo-chlorure

insoluble. Lorsque le liquide a ainsi acquis la consistance d'un sirop épais (à cet état il se fige par le refroidissement, sans cependant se prendre en masse solide), on cesse l'évaporation et l'on ajoute au liquide un excès d'hydrate gélatineux délayé dans un peu d'eau pure. On agite pendant un quart d'heure, et on laisse ensuite en repos le mélange pendant plusieurs heures. Nous ajoutons après l'eau distillée nécessaire pour amener la solution chloro-ferrique à la densité de 30° Beaumé, et nous l'abandonnons au contact de l'excès d'hydrate pendant huit jours, après quoi nous filtrons et nous laissons encore reposer le liquide filtré pendant quinze jours, puis nous filtrons une dernière fois pour séparer un peu d'oxydo-chlorure qui s'est précipité.

En opérant ainsi, on obtient un perchlorure de fer liquide de couleur brun foncé vu en masse, qui ne contient qu'une très-faible quantité d'acide libre, et qui, grâce à ce petit excès d'acide, peut se conserver un temps très-long sans déposer sensiblement.

Solidification de l'huile de foie de morue; par Stanislas MARTIN. — Un philosophe grec disait souvent : Prenez toujours la voie la plus courte et le moyen le plus simple. Nous appliquons cette maxime à la solidification de l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue, 125 grammes; blanc de baleine, 25 grammes en été, 20 grammes en hiver.

Mêlez, chauffez au bain-marie et en vase clos; coulez dans des flacons à large ouverture, laissez refroidir sans agiter. On peut aromatiser ce médicament avec une huile essentielle. L'huile de foie de morue, ainsi préparée, a l'aspect d'une gelée; on l'avale en l'enroulant dans du pain azyme, humecté d'eau, ou de sucre, de gomme, de réglisse, ou d'amidon pulvérisé.

Le docteur Launoy a pu faire prendre assez facilement ce médicament à des malades qui refusaient d'avaler l'huile à l'état liquide.

Nous employons la cétine ou blanc de baleine comme adjuvant, parce qu'elle a joui pendant longtemps d'une propriété béchique et adoucissante, à la dose de 2 à 8 grammes, et qu'elle s'assimile parfaitement à l'huile, sans en augmenter de beaucoup le volume.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Préparation du tannate de quinine. — M. de Couseran a proposé le mode suivant de préparation du tannate de quinine.

Prenez d'une part :

Sulfate de quinine.	5 gram.
Eau.	100 »
Acide sulfurique.	q. s.

D'autre part :

Tannin de Pelouze.	10 gram.
Eau distillée froide.	190 »

Filtrez cette dernière solution et projetez-la par portion dans le soluté de sulfate de quinine jusqu'à cessation de précipité, en ayant soin d'ajouter quelques gouttes d'ammoniaque. Lavez le précipité et faites-le sécher à l'étuve à une douce chaleur.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Toxicologie.

Observations et expériences pour servir a l'histoire médico-légale de l'empoisonnement par l'acide nitrique; par M. A. CHEVALLIER (1). — De tous les empoisonnements par les acides minéraux, il n'en est aucun dont les exemples soient plus multipliés que celui qui est dû à l'acide nitrique; aussi l'histoire toxicologique de cet acide est-elle connue. Cependant, les circonstances très-diverses qui peuvent accompagner l'empoisonnement font quelquefois naître des questions pour la solution desquelles il faut recourir à des recherches particulières. C'est ce qui eut lieu dans une affaire très-grave qui a été portée devant la Cour d'assises de Paris. Le nommé G..., convaincu de bigamie, était en même temps prévenu de tentative d'empoisonnement et d'homicide volontaire sur la personne de G. C..., sa première femme. Il résultait positivement des débats que G... était resté toute la soirée à B..., près Paris, avec sa femme, qu'il l'avait plongée dans un état d'ivresse complète. Cette femme, livrée au libertinage, était fréquemment prise de vin. Sur les huit heures et demie du soir, on avait vu G... et sa femme se diriger ensemble vers le bois de B..., et le lendemain matin on avait trouvé le cadavre de cette malheureuse gisant sur le bord de la route. Le ministère public ayant été instruit aussitôt de cette affaire, l'un de nous fut chargé par M. le juge d'instruction d'aller au village de B..., afin de procéder à l'ouverture du cadavre et d'indiquer la

(1) Un de nos confrères nous ayant demandé des renseignements sur les taches d'acide nitrique, nous croyons devoir donner ici un travail que nous avons fait avec Ollivier (d'Angers). A. C.

cause de la mort. Nous ne reproduirons pas ici tous les détails du procès-verbal, notre but étant de fixer l'attention sur les seuls points qui ont paru présenter quelque importance sous le rapport de l'empoisonnement par l'acide nitrique.

Le cadavre, qu'on avait transporté sans précautions dans une remise voisine de la mairie du village de B..., était incomplétement recouvert de ses vêtements; un mouchoir de mousseline sur lequel reposait la tête, et une camisole, étaient brûlés et tachés par une liqueur corrosive. La couleur rougeâtre de la camisole était jaunâtre dans les points tachés : le collet et la manche droite étaient les parties de ce vêtement les plus altérées. Au centre de la tache de la manche, on observait des mucosités sanguinolentes en partie desséchées, qui, selon toute apparence, s'étaient écoulées de la bouche lorsque la tête était appuyée sur ce bras, ainsi qu'on l'avait remarqué avant la levée du cadavre. Une jupe grise offrait trois taches jaunâtres semblables à celles de la camisole. Les vêtements enlevés, on fit les observations suivantes : la face était pâle, sans bouffissure, colorée dans une grande partie de sa surface, et surtout à droite, par une teinte jaune-citron, provenant d'un liquide qui s'était écoulé de la bouche, comme l'attestaient évidemment les traces qui existaient aux deux commissures des lèvres. Les cheveux, d'un blond foncé, contrastaient par leur couleur avec celle de plusieurs mèches du côté droit, qui offraient une coloration jaune semblable à celle de la face. A la partie latérale gauche et postérieure du cou, escharre superficielle de la peau légèrement grisâtre, entourée de quelques excoriations rougeâtres : l'escharre correspond à la partie du collet de la camisole qui offrait les taches jaunes. Paupières fermées; globe de l'œil sans injection notable; pupilles avec dilatation moyenne; excoriations de la peau sur divers points du front; plusieurs autres sur l'aile droite du nez, derrière l'oreille droite, en tout semblables à celles qui résultent de l'impression des ongles. Deux excoriations semblables à ces dernières se remarquent à la partie antérieure et latérale droite du cou, deux travers de doigt au-dessous de la base de la mâchoire inférieure, sur laquelle existent deux ecchymoses. Nulle trace sur le col d'impression circulaire par un lien ou tout autre corps. Sur plusieurs points de la périphérie du crâne et surtout en arrière, ecchymoses circonscrites : dans aucun de ces points on ne distingue de fracture des os du crâne. Sur le reste du corps, on observe une ecchymose et une excoriation à la partie postérieure de l'épaule droite, trois escharres superficielles, grisâtres, à la partie moyenne et antérieure du bras droit, correspondant à cette partie de la camisole qui avait été entièrement brûlée par la liqueur corrosive : la peau qui entoure ces escharres a une teinte jaune semblable à celle des autres parties où cette couleur a été indiquée; contusion à la partie externe du bras droit, au-dessus du poignet, et à la partie moyenne de l'avant-bras gauche, enfin, excoriations superficielles aux coudes, aux genoux, tout à fait semblables à celles qui résultent d'un froissement contre une surface inégale comme celle du sol. Les deux mains n'offrent aucune espèce de lésion extérieure et aucune trace de teinte jaune. Nulle marque de violence extérieure sur les parois de la poitrine et de l'abdomen. La région épigastrique est le siége d'une chaleur qui contraste avec le refroidissement du reste du cadavre.

La face supérieure de la langue, la voûte du palais, l'arrière-gorge, la face interne des joues, avaient une teinte jaune-citron très-foncée. L'épiderme qui recouvre la face interne des lèvres était excorié, celui de la langue était plus dense, comme raccorni. Le pharynx était rempli d'un mucus très-tenace et sanguinolent; la teinte jaune de cette cavité se prolongeait, mais en diminuant successivement d'intensité, jusqu'au quart supérieur seulement de l'œsophage. L'épiderme qui tapisse ce conduit était blanc, comme desséché, fendillé dans toute l'étendue de ce canal, mais sans teinte jaune; il était évident que la liqueur corrosive n'avait pas pénétré au delà de la portion colorée. L'estomac était parfaitement sain, il renfermait des aliments en partie digérés, colorés fortement par le vin rouge; ces aliments répandaient une odeur vineuse très-prononcée. La membrane muqueuse de l'estomac, ainsi que celle du canal intestinal, examinée dans toute sa longueur, était rosée et injectée comme on la trouve toujours chez les individus qui succombent pendant la digestion; les follicules muqueux étaient généralement visibles sur tous les points de sa surface, il n'y existait aucune trace d'inflammation. Les intestins contenaient dans diverses portions de leur longueur des débris d'aliments, comme ceux de l'estomac, colorés par du vin rouge et répandant de même une odeur vineuse qui s'était aussi dégagée au moment où l'on ouvrit l'abdomen. Cette cavité ne renfermait aucun liquide épanché, péritoine blanc et transparent dans toute son éten-

que. Le foie et la rate, sains, contenaient un sang noir liquide; vésicule du fiel presque vide. Les reins et la vessie dans l'état naturel : cette dernière était toutefois contractée sur elle-même et ne contenait pas d'urine. L'utérus et ses dépendances étaient dans l'état normal.

Le larynx, la trachée-artère et les bronches sont libres : la membrane muqueuse qui tapisse ces conduits n'offre pas d'injection notable; elle est blanchâtre. Les deux poumons ont une teinte noirâtre et violette, celui du côté gauche surtout : ce dernier est à peine crépitant dans sa partie supérieure; son tiers inférieur est excessivement dur, hépatisé, d'un brun rouge; il s'en écoule à la coupe une grande quantité de sang très-noir, non écumeux : le centre de la portion hépatisée contient un amas de matière tuberculeuse, du volume d'une grosse noix et semblable à du fromage de Gruyère pour la couleur et la consistance. Le poumon droit est un peu plus crépitant que le gauche; mais son tissu est également engorgé de sang noir, abondant, très-fluide, peu écumeux. Le cœur est mou, flasque; ses cavités contiennent un sang très-noir et fort liquide, de même que tous les vaisseaux du cou et les sinus de la dure-mère. La substance cérébrale est ferme, elle laisse exsuder par gouttelettes, à chaque incision, beaucoup de sang très-liquide. Les ventricules ne contiennent qu'une petite quantité de sérosité très-limpide et nullement sanguinolente. Le cervelet est moins injecté que le cerveau. La moelle allongée et la moelle épinière ont une consistance plus grande que celle de l'encéphale : leurs vaisseaux sont peu injectés. Le canal vertébral ne renferme pas notablement de sérosité.

Au moment où nous allions quitter B..., après avoir terminé le procès-verbal de l'autopsie, on vint nous annoncer que l'individu qui avait été vu la veille au soir avec G. C... venait d'être arrêté, rôdant autour du village. Convaincu que les lésions extérieures observées sur le cadavre et les taches des vêtements étaient produites par l'acide nitrique, on pensa qu'il pouvait exister des taches semblables sur les vêtements du prévenu, s'il était l'auteur de cette tentative d'empoisonnement : les renseignements fournis par l'instruction et les traces de la liqueur corrosive sur le cadavre montraient assez que G. C... n'avait point cherché elle-même à s'empoisonner. Dès lors, il était probable qu'au milieu de la lutte qui avait dû exister entre l'assassin et sa victime, la liqueur corrosive avait rejailli en partie sur les vêtements de l'un et de l'autre. Cette conjecture se trouva confirmée par la présence de nombreuses taches, semblables à celles déjà indiquées, sur l'habit, le pantalon et les mains du prévenu. Quoiqu'il ne fût pas douteux que ces taches étaient dues à de l'acide nitrique, il importait de démontrer directement que la liqueur corrosive qui avait laissé des traces sur les vêtements de G... et de G. C... était de la même nature : il fallait en même temps examiner celles que présentait le cadavre, et s'assurer s'il en existait dans l'estomac et les intestins, pour quoi nous procédâmes à cet examen le lendemain, à la morgue, en présence de M. le juge d'instruction et de M. le substitut du procureur du roi. Voici les faits constatés :

Taches des vêtements. — Ces différentes taches conservaient un reste d'acidité, ainsi que nous nous en sommes assurés en les touchant avec un papier de tournesol, légèrement mouillé, qui, à l'instant, a pris une couleur rouge. Un morceau du drap de l'habit a été enlevé dans les points où il était taché, et plongé dans de l'eau distillée tiède; celle-ci a bientôt acquis la propriété de rougir le papier de tournesol. Cette eau acidulée, saturée par du bicarbonate de potasse, a été soumise ensuite à l'évaporation : une partie de cette liqueur étendue sur du papier, celui-ci séché et mis en contact avec la flamme d'une bougie, a brûlé avec scintillation, comme le fait le papier imprégné de nitrate de potasse. Cette expérience, répétée à plusieurs reprises, a fourni des résultats d'autant plus marqués, que la liqueur s'était de plus en plus concentrée par l'évaporation. Une partie de cette liqueur, qui était devenue jaunâtre, mise en contact avec une petite quantité d'acide sulfurique, s'est décomposée en laissant dégager des vapeurs d'acide nitrique. Une autre partie de la même liqueur, mêlée avec de la limaille de cuivre et traitée par l'acide sulfurique, a fourni des vapeurs d'acide nitreux. Enfin, le résidu de la liqueur évaporée, jeté sur les charbons ardents, a brûlé rapidement avec scintillation.

Les mêmes expériences furent répétées avec les portions tachées du pantalon : elles donnèrent les mêmes résultats. De plus, une partie de l'eau distillée dans laquelle on avait fait bouillir quelque temps ces morceaux de drap, et qu'on avait ensuite saturée de bicarbonate de potasse, fut introduite dans une petite cornue de verre et traitée par l'acide sulfurique à l'aide de la chaleur. La décomposition du sel s'étant opérée, on obtint une petite quantité d'acide nitrique qui, traité à son tour par la potasse, fut soumis lentement

à l'évaporation. Le résidu, examiné à l'aide de divers réactifs, a présenté tous les caractères du nitrate de potasse. Mêmes expériences et mêmes résultats pour les vêtements qui recouvraient le cadavre. Pour compléter ces épreuves, nous avons touché tous ces vêtements avec les acides nitrique, hydrochlorique et sulfurique : l'acide nitrique seul a produit des taches semblables à celles que nous venions d'examiner.

Taches de la peau et des cheveux. — Des portions de téguments du bras, du crâne et des cheveux, furent soumises à des expériences analogues à celles faites sur les vêtements. Ainsi, mises en contact avec du papier de tournesol, celui-ci a rougi assez fortement; lavées avec de l'eau distillée, ce liquide a été saturé ensuite de bicarbonate de potasse, et son évaporation a fourni un résidu dans lequel on a reconnu la présence du nitre. Une dissolution concentrée de potasse, versée sur une partie de ces téguments jaunis, y a déterminé une coloration jaune-rougeâtre. Enfin, une autre portion de la peau et des cheveux, qui n'offraient aucune teinte jaunâtre, a été touchée par de l'acide nitrique, et nous n'avons pas tardé à voir se manifester des taches analogues à celles que présentaient les parties examinées.

Estomac et intestins. — Dans toute l'étendue du canal alimentaire, il n'existait pas de teinte jaune citron, semblable à celle de l'intérieur de la bouche et des lèvres, excepté dans le quart supérieur de l'œsophage; cette portion, touchée avec une solution concentrée de potasse, a pris une teinte jaune-rougeâtre. Quelques valvules de l'intestin présentaient une coloration analogue à celle de l'œsophage; mais touchées avec la même solution de potasse, leur couleur n'a éprouvé aucun changement : elle n'était due qu'à la bile. Plusieurs portions de l'estomac et des intestins, soumises à l'analyse, n'ont offert aucune trace d'acide nitrique. Les matières contenues dans l'estomac et l'intestin étaient légèrement acides; délayées dans de l'eau distillée, puis filtrées, la liqueur a été saturée par le bicarbonate de potasse et soumise à l'évaporation. Le résidu, jeté sur les charbons ardents, brûlait lentement et sans scintillation. Une portion de ce résidu, traitée par l'acide sulfurique, n'a pas laissé dégager de vapeurs d'acide nitrique, mais bien de l'acide carbonique et de l'acide acétique.

Enfin, nous avons constaté que les taches existant sur les mains du prévenu étaient produites par l'acide nitrique.

Il résultait positivement de ces expériences que les taches remarquées sur les vêtements du prévenu et sur ses mains, que celles des vêtements de la femme C..., et les lésions extérieures observées sur le cadavre, étaient produites par l'acide nitrique; qu'il n'existait aucune trace de cet acide dans l'estomac, l'intestin et dans les matières que ces organes contenaient. D'après ces expériences et les lésions cadavériques, nous conclûmes qu'il y avait eu tentative d'empoisonnement par l'acide nitrique; mais que la mort de la femme C... ne pouvait être attribuée à l'ingestion de cet acide, d'autant mieux que l'empoisonnement n'avait pas été consommé, soit parce que l'état comateux dans lequel l'ivresse avait plongé cette femme l'avait empêchée d'exécuter les mouvements de déglutition nécessaires pour que l'acide pût pénétrer dans l'estomac, soit parce que la femme C... y avait mis elle-même obstacle en rejetant le liquide qui lui avait été versé dans la bouche (1). D'un autre côté, l'examen du cadavre fit penser que la mort pouvait être le résultat d'une asphyxie par suffocation; du moins, l'engorgement sanguin très considérable des poumons, la liquidité et la couleur noire du sang dans tous les vaisseaux, venaient à l'appui de cette opinion; quant à la manière dont cette asphyxie avait été produite, on peut dire que les contusions et les excoriations de la face et du col, excoriations dont plusieurs avaient toute l'apparence des déchirures faites par les ongles, pouvaient indiquer, jusqu'à un certain point, que la suffocation avait été déterminée par l'application des mains au-devant du nez, de la bouche et du cou. Les taches d'acide nitrique qui couvraient la face palmaire des mains du prévenu ajoutaient à la probabilité de cette explication. En outre, la congestion cérébrale résultant de l'état d'ivresse dans lequel était la femme C..., et l'altération profonde et étendue du poumon gauche par suite de laquelle la respiration ne s'effectuait complétement que par le poumon

(1) Ce n'est pas sans surprise que nous apprîmes d'un des membres du parquet, que M. A..., questionné sur cette affaire, avait prétendu qu'il était inutile que l'acide nitrique pénétrât dans l'estomac pour causer la mort; qu'il avait vu beaucoup d'exemples d'empoisonnement de cette espèce, suivis de mort, dans lesquels l'acide n'avait pas pénétré au delà de l'arrière-gorge. Avant d'adopter cette opinion, il serait nécessaire que les faits sur lesquels on l'appuie soient connus et bien constatés. On pourrait admettre que la cautérisation brusque de l'orifice du larynx par cet acide détermine un resserrement subit de l'entrée des voies de la respiration, et l'asphyxie; mais cette explication ne serait encore qu'une hypothèse.

droit, étaient autant de circonstances qui avaient dû rendre la suffocation plus facile et conséquemment plus rapidement funeste.

L'instruction d'une affaire aussi grave fit naître plusieurs questions sur lesquelles nous fûmes appelés à répondre; voici les principales et le résultat des observations et des expériences que nous fîmes pour fournir les éclaircissements qu'on nous demanda :

1° *L'acide nitrique laisse-t-il des traces différentes sur la peau, suivant qu'il y est appliqué pendant la vie ou après la mort?*

Pendant la vie, cet acide produit des effets qui varient selon le degré de concentration et la durée de son application. Tantôt ce sont des escharres grisâtres, entourées d'une teinte jaune plus ou moins foncée : la profondeur de l'escharre est généralement d'autant plus grande que l'acide est plus concentré et l'épiderme moins épais. Tantôt il n'existe que de simples taches, d'un *jaune-serin* d'abord, qui deviennent insensiblement d'un *jaune-orangé* plus ou moins foncé au bout de quelques heures, et restent les mêmes jusqu'à la chute de l'épiderme. Appliqué sur la peau d'un cadavre, l'acide nitrique forme des taches qui sont d'un *jaune de soufre*, puis d'un *jaune-verdâtre*, et dix à douze heures après, on observe autour de la partie colorée une teinte grise plus ou moins large, évidemment due à l'imbibition d'une portion de l'acide, vers le troisième jour, une teinte d'un violet pâle se manifeste sur les limites de cette tache grise. Ces différents caractères sont restés ensuite à peu près les mêmes jusqu'au septième jour.

2° *Quelle peut être la durée des taches de cet acide sur la peau lorsqu'il la colore simplement sans produire d'escharres?*

Cette question nous fut adressée parce que les mains du prévenu n'offraient plus aussi manifestement de taches jaunes au bout de dix jours environ. L'expérience nous a prouvé que ces taches existent tant que l'épiderme n'est pas enlevé; car cette partie de la peau est ordinairement la seule ainsi colorée. Cette circonstance explique comment le frottement répété de la peau contre une surface rude et inégale peut accélérer la disparition de ces taches en usant l'épiderme. Quant aux taches des ongles, le même moyen peut aussi les faire disparaître rapidement.

3° *D'autres acides peuvent-ils laisser sur le cadavre des traces semblables à celles de l'acide nitrique?*

Nous avons appliqué sur la peau de plusieurs cadavres de l'acide nitrique, de l'acide sulfurique, de l'acide hydrochlorique et de l'acide oxalique. Chacun de ces acides nous a présenté des caractères particuliers, mais tous différents de ceux de l'acide nitrique, lesquels ont été indiqués plus haut. Nous avons remarqué que l'état de la peau apportait quelques modifications à ces différents caractères.

(*Journal de chimie médicale.*)

Sur les propriétés vénéneuses de l'if (taxus baccata.) — Une note de M. Dujardin, médecin-vétérinaire à Bayeux, fait connaître qu'ayant été appelé pour constater la mort de deux juments qui avaient péri la veille, pendant qu'elles étaient attelées à la même voiture, il reconnut, par l'autopsie, qu'elles avaient succombé pour avoir mangé des feuilles de l'if commun, *taxus baccata*.

Je me suis procuré depuis, dit M. Dujardin, un cheval auquel j'ai fait manger des feuilles du même arbre; l'empoisonnement a été si rapide que l'animal est tombé comme foudroyé, environ une heure et demie après avoir commencé à manger, et lorsque de légers signes de coliques s'étaient à peine manifestés. Je fis l'autopsie et je trouvai dans son estomac les mêmes caractères que chez les deux autres juments.

Depuis, il a été porté à ma connaissance que des moutons, des vaches et autres bêtes à cornes, des ânes, ont péri subitement dans des herbages où se trouvaient des ifs.

Note de la rédaction. — Les propriétés toxiques de l'if ont été signalées depuis bien longtemps : d'après Plutarque, sa fumée tuait les rats; son suc servait, dit Strabon, à empoisonner les flèches des Gaulois; Théophraste dit que les feuilles sont un poison pour les chevaux, mais qu'elles n'empoisonnent pas les ruminants; Pline a écrit que le vin renfermé, en Espagne, dans des tonneaux faits avec le bois de l'if avait causé la mort de ceux qui en avaient bu. Si l'on en croit les Commentaires de César, Cativulcus, roi des Éburoniens, se serait donné la mort avec le suc des feuilles.

Dioscoride dit que les fruits de l'if empoisonnent les oiseaux; d'autres auteurs établissent que les racines de ce végétal, jetées dans l'eau, empoisonnent et font mourir les poissons. Beaulieu cite la mort de chevaux qui avaient mangé des feuilles d'if, et le fait avancé par Beaulieu a été vérifié à l'école d'Alfort.

(*Journal de chimie médicale.*)

III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine de Paris.

Suite de la séance du 7 février.

Cathétérisme utérin. — M. Cruveilhier fait la communication suivante :

Dans la communication qu'il a faite mardi dernier à l'Académie, au sujet d'un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin, M. Broca m'ayant cité comme ayant observé un fait du même genre, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de rapporter ce fait malheureux, bien qu'il ne m'ait pas été donné de vérifier par l'autopsie la lésion locale.

Voici ce fait :

Je fus appelé, le 24 septembre 1853, dans le département de l'Oise, pour une jeune femme âgée de 24 ans, que je trouvai dans un état désespéré; elle était au dernier degré de la fièvre hectique et du marasme.

Voici son histoire :

Mariée depuis cinq ans et stérile, cette jeune femme éprouvait de sa stérilité un chagrin profond qui était devenu une véritable monomanie; elle s'imagina qu'il pouvait y avoir dans sa conformation quelque disposition organique, peut-être accessible aux moyens de l'art, qui s'opposait à la conception. En conséquence, elle pria de s'en assurer le médecin de sa famille, qui reconnut une antéversion légère de l'utérus, mais qui, n'attachant aucune importance à cette disposition, lui dit qu'il n'y avait rien à faire.

Peu de temps après, cette dame s'était liée d'amitié avec la femme d'un jeune médecin, qui pria celle-ci d'en parler à son mari, et consentit à se soumettre à un nouvel examen. Le jeune médecin reconnut qu'il existait un déplacement de l'utérus, lui affirma que la conception était complétement impossible dans la position vicieuse où se trouvait l'organe, et n'eut pas de peine à lui persuader de se soumettre à l'emploi d'un moyen nouveau qui faisait merveille et qui d'ailleurs ne pouvait avoir aucune espèce d'inconvénient; ce moyen nouveau, c'était la sonde de l'utérus de M. Simpson, ingénieusement modifiée par M. Valleix. Il se chargea de son application; la première introduction fut accompagnée de douleurs vives qui retentissaient dans l'abdomen. La jeune femme fut même ébranlée dans sa confiance; elle persévéra néanmoins. Mais la douleur devenant de plus en plus vive à la suite de nouvelles introductions, le médecin lui proposa de la conduire à Paris auprès d'un médecin plus habitué que lui à ce genre d'opération.

La jeune femme vint donc s'installer à Paris avec sa mère pour se remettre entre les mains du praticien distingué dont les leçons cliniques sur la sonde utérine ont eu un si grand retentissement. Notre confrère reconnut qu'il y avait une déviation de l'utérus ; il admit que cette déviation était la cause de la stérilité, et déclara que, pour y remédier, il était nécessaire d'opérer le redressement de l'organe.

L'introduction de l'instrument, dirigée par une main exercée, fut beaucoup moins douloureuse que celle opérée précédemment; mais, malgré les recommandations du médecin, il fut impossible à la jeune femme de conserver la sonde utérine à demeure au delà de plusieurs heures : elle fut, en effet, presque immédiatement prise de malaise épigastrique, de nausées, de ballonnement du ventre, d'angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès cette première application, la santé générale de cette jeune dame, qui n'avait pas été notablement troublée par les tentatives antérieures (à ce point que la veille de son départ pour Paris elle était allée à un bal où elle avait beaucoup dansé); dès cette première application, dis-je, avec séjour de la sonde pendant plusieurs heures, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général se manifesta. Sur les sollicitations pressantes de la jeune femme et de sa mère, le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours.

Cependant de nouvelles introductions du redresseur furent pratiquées. Il paraît que l'introduction, par elle-même, était peu douloureuse; mais à peine l'instrument avait-il séjourné pendant quelques instants, que l'angoisse épigastrique avec ballonnement du ventre et état nauséeux se renouvelait, si bien que la malade, malgré sa bonne volonté, malgré les recommandations les plus expresses du médecin, ne pouvait supporter l'instrument au delà de quelques heures; et le malaise général avec défaut d'appétit persistait

pendant tout l'intervalle qui séparait les introductions.

Enfin, après cinq introductions faites avec les mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à laisser là le traitement et à ramener sa fille chez elle ; son séjour à Paris avait été d'un mois.

Il y avait cinq semaines seulement que la jeune malade était rentrée dans sa famille lorsque j'ai été appelé. Or, voici ce qui s'était passé pendant les cinq semaines, d'après le récit très-circonstancié du médecin aux soins duquel elle a été confiée. A l'arrivée de la malade, il constata tous les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite, caractérisée par le ballonnement du ventre et une douleur hypogastrique très-vive. Le toucher causait beaucoup de douleur. L'utérus était plus volumineux que de coutume, placé en antéversion comme avant le traitement par le redresseur, et d'une sensibilité telle que le moindre soulèvement de cet organe arrachait des cris à la malade. Quant à l'état général : altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées, efforts de vomissements, vomissements verdâtres ; prostration extrême, fréquence très-grande et petitesse du pouls.

L'état de l'abdomen paraît s'amender sous l'influence de l'application réitérée des sangsues et des cataplasmes émollients, mais l'état général s'aggrave de plus en plus ; l'amaigrissement fait des progrès rapides, la fréquence et la petitesse du pouls augmentent ; état d'angoisse épigastrique permanent ; épuisement complet des forces. Tout espoir de guérison est enlevé. Je suis appelé ; voici ce que je constatai : marasme porté au dernier degré, pouls filiforme, à plus de 120 ; épuisement complet des forces, nausées permanentes. L'abdomen est déprimé, l'hypogastre est à peine sensible à la pression. Il n'existe donc aucune trace apparente de péritonite.

Le toucher me fit connaître une antéversion de l'utérus. Le bout du doigt promené d'avant en arrière le long de la paroi antérieure du vagin, rencontre la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. L'utérus est sensible au plus léger contact ; mais d'ailleurs son volume ne me paraît pas notablement plus considérable que de coutume. La malade était dans un tel état de faiblesse, que je n'ai pas cru devoir explorer l'utérus et l'excavation du bassin par le toucher rectal.

Ne pouvant me rendre un compte suffisant de la fièvre hectique, bien évidemment symptomatique, par l'état actuel de l'abdomen, j'explorai la poitrine, et je ne trouvai que quelques râles muqueux dans le sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules. . . . .

Appelé de nouveau auprès de cette malade, je m'y rendis le 1er octobre ; je la trouvai à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'autopsie n'a pas été faite.

Tel est le fait que j'ai eu l'occasion d'observer ; fait incomplet sans doute, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie qui constate positivement les lésions locales. Mais, quelque incomplet qu'il soit sous le rapport de l'anatomie pathologique, il m'a paru assez complet sous le rapport clinique pour qu'on puisse en conclure d'une manière positive que les accidents et la mort, dans ce cas, ont été la conséquence de l'introduction et du séjour de la sonde dans la cavité utérine.

Je demande la permission de faire suivre cette observation de quelques réflexions, qui d'ailleurs ne sont que le développement de celles qui ont été déjà présentées dans la dernière séance par MM. Velpeau et Moreau, dont je partage entièrement la conviction à cet égard.

1re *Réflexion.* — Il me paraît démontré que *le redresseur de l'utérus, ou, d'une manière plus générale, le cathétérisme de l'utérus par l'introduction d'une tige dans sa cavité, n'est pas toujours inoffensif.*

Que si l'utérus d'un certain nombre de femmes, j'accorde même du plus grand nombre, peut supporter impunément non-seulement l'introduction, mais encore le séjour de l'instrument pendant plusieurs heures par jour, et même pendant plusieurs jours consécutifs, il en est plusieurs chez lesquelles cette introduction et ce séjour, même très-peu prolongé, déterminent immédiatement des phénomènes locaux et généraux qui peuvent avoir la plus funeste conséquence. Et notez bien que je ne parle pas des cas où cette introduction a été faite par des mains inexpérimentées, qui déchirent, qui perforent les parois utérines, mais des cas dans lesquels elle est pratiquée par les mains les plus habiles.

2e *Réflexion.* — Mais admettons pour un instant que les déviations de l'utérus constituent une lésion tellement sérieuse qu'on doive passer par-dessus les inconvénients qui peuvent résulter, dans quelques cas, de l'emploi des moyens propres à y remédier, et voyons si le redressement de l'utérus peut remédier efficace-

ment aux déviations; c'est là le sujet de la deuxième réflexion.

Eh bien! je dis que le redresseur de l'utérus ne peut nullement remédier aux déviations de cet organe, qu'il peut tout au plus en opérer le redressement pendant le temps qu'il est maintenu en place, et que, lors même qu'il serait laissé à demeure pendant un grand nombre de jours, lors même qu'il redresserait l'utérus pendant toute la durée de son application, il faut de toute nécessité que l'utérus reprenne sa position primitive immédiatement après la cessation de l'emploi de l'instrument; et, ainsi que M. Velpeau l'a si bien dit dans la dernière séance, j'ajoute qu'il faudrait, pour qu'il reprît sa position primitive, que des adhérences solides se fussent établies entre l'utérus et les parties voisines pendant la durée de l'application de l'instrument. C'est ainsi que, dans le cas malheureux qui fait l'objet de cette lecture, j'ai trouvé l'utérus antéversé, c'est-à-dire dans la position où il se trouvait avant les tentatives.

3e *Réflexion.* — Mais je me demande *si la déviation de l'utérus dans l'état de vacuité constitue par elle-même un état morbide?* C'est là l'objet de la deuxième réflexion.

La solution de cette question est subordonnée à cette autre question : *L'utérus, dans l'état de vacuité, a-t-il un axe?* A cela je réponds : Non, l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a point d'axe proprement dit. Tous les anatomistes représentent, en effet, cet organe comme flottant dans l'excavation du bassin, où il n'est maintenu que par ses ligaments, par le vagin et par la vessie, à laquelle la moitié inférieure ou les deux tiers inférieurs de son col sont unis à l'aide d'un tissu cellulaire assez lâche. On peut dire que, sous le rapport de sa direction, l'utérus est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants. Ainsi, la plénitude ou la vacuité de la vessie, la plénitude ou la vacuité du rectum, la présence ou l'absence d'un certain nombre de circonvolutions intestinales dans l'excavation pelvienne, les distensions plus ou moins considérables auxquelles les ligaments larges ou ronds ont été soumis dans des grossesses antérieures, la rétraction ou le relâchement du vagin, les différences de longueur que ce conduit présente chez les divers sujets, toutes ces choses exercent sur la direction de l'utérus la plus grande influence. Aussi, avais-je dit ailleurs (*Anatomie descriptive*, t. III, p. 690, et *Anatomie pathologique*, classe des déviations) que l'utérus n'avait d'axe normal que chez les jeunes filles et chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants. Je suis encore plus absolu aujourd'hui, et je crois être fondé à établir d'une manière générale que, si l'utérus, dans l'état de grossesse, a des axes déterminés, dans l'état de vacuité il n'a pas d'axe proprement dit.

Or, s'il est démontré que l'utérus dans l'état de vacuité n'a pas d'axe normal proprement dit, il suit que les déviations de l'axe ne sont pas un état morbide, et c'est en effet ce que prouvent les observations cliniques et l'anatomie pathologique. L'observation clinique nous montre, en effet, tous les jours, par le toucher vaginal associé au toucher rectal, soit l'antéversion, soit la rétroversion, soit l'inclinaison latérale de l'utérus chez les femmes qui n'éprouvent aucun symptôme morbide du côté de cet organe. Et l'anatomie pathologique m'a démontré un très-grand nombre de fois les déviations les plus considérables de l'utérus, soit en antéversion, en rétroversion ou même en rétroflexion, chez des femmes qui n'avaient pendant la vie accusé aucun symptôme du côté de cet organe. J'ai même observé des cas de ce genre dans lesquels la rétroversion, maintenue par des adhérences solides aux parois du bassin, présentait une obliquité telle que l'axe de l'utérus était de haut en bas et d'avant en arrière sous un angle de 45 degrés.

C'est parce que j'étais bien pénétré de ces vérités que j'ai dit ailleurs (*Anat. path.*) que j'ai été souvent tenté de considérer comme *imaginaires* ou du moins comme n'étant pas suffisamment démontrés les accidents attribués à la rétroversion et à la rétroflexion. Cette manière de voir est d'ailleurs confirmée par Boyer lorsqu'il dit que la *rétroversion de l'utérus n'a presque jamais lieu dans l'état de vacuité*, ce qui veut dire, d'après ma manière de voir, que cette rétroversion est exempte de toute espèce d'accidents. Et plus loin j'ajoute, en parlant des accidents attribués à l'antéversion : « Ces phénomènes morbides me paraissent tenir non pas à l'antéversion, mais bien à une fluxion chronique de l'utérus, à un catarrhe utérin auquel participe le tissu propre de l'organe; la preuve, c'est qu'on observe les mêmes accidents dans l'inflammation pure et simple de l'utérus indépendamment des changements de position de cet organe. »

De ce qui précède, je crois devoir conclure que les déviations de l'utérus ne constituent pas par elles-mêmes un état morbide, et que les symptômes attribués aux déviations utérines doivent être rapportés à une autre lésion, et le plus ordi-

nairement à un catarrhe chronique utérin dont la fluxion s'est propagée de la membrane muqueuse au tissu propre de cet organe et a déterminé ce développement subinflammatoire connu sous le nom vague d'engorgement.

4e *Réflexion.* — *Les déviations de l'utérus sont-elles une cause de stérilité?*

J'ai dit que c'était pour une cause de stérilité que la malade qui fait le sujet de cette note s'était soumise à l'emploi du redresseur, et c'est le plus souvent pour la même cause que cet instrument a été mis en usage. Mais, de même qu'il est établi que l'utérus n'a pas d'axe proprement dit hors l'état de grossesse, que les déviations de l'utérus vide ne sont que des variétés presque indifférentes de position de cet organe, il suit que les déviations ne sont pas une cause de stérilité. On peut d'ailleurs prouver ce fait cliniquement de la manière la plus directe par le toucher, qui démontre les mêmes déviations sur les femmes fécondes que sur les femmes stériles. C'est dans cette conviction que, consulté plusieurs fois par de jeunes femmes stériles sur la question de savoir si elles devaient avoir recours à l'emploi du nouveau moyen dont on leur racontait des merveilles (et ce nouveau moyen était le redresseur), pour toute réponse, je disais : « Si vous étiez ma fille, je vous le défendrais. » Et cependant alors je n'avais encore connaissance d'aucun fait qui établit que des accidents graves et la mort pouvaient être la conséquence de l'emploi de la sonde utérine même appliquée par les mains les plus exercées.

M. GIBERT commence par remercier M. Cruveilhier pour la communication intéressante qu'il vient de faire, et il saisit cette occasion d'ajouter un fait. Quelque innocentes que puissent paraître, dit-il, les manœuvres que l'on pratique journellement sur l'utérus, telles que les cautérisations par exemple, dont on abuse tant, on voit de temps à autre survenir des accidents qui devraient rendre les praticiens plus circonspects. J'ai été témoin, il y a quelque temps, d'un fait de ce genre. Une femme, à laquelle on avait pratiqué la cautérisation du col utérin avec le fer rouge, a été prise d'accidents terribles qui l'ont enlevée en quelques jours. C'était une mère de famille qui aurait certainement eu encore longtemps à vivre.

M. VELPEAU. C'est une des questions les plus graves et les plus intéressantes qu'on puisse discuter. Si je ne m'y suis pas étendu plus longuement dans la dernière séance, c'est parce que j'ai pensé que le rapport nous fournirait l'occasion de la reprendre. Je suis heureux que M. Cruveilhier soit venu donner un nouvel appui à mon opinion ; mais cependant je ne voudrais pas qu'on tombât dans un autre excès. De ce que le cathétérisme ou la cautérisation du col ont pu produire dans quelques cas des accidents graves, il ne faudrait pas en conclure qu'il fallût renoncer à tout jamais à l'emploi de ces moyens. Le cathétérisme du canal de l'urèthre aussi a quelquefois donné lieu à des accidents mortels, et cependant on n'y renonce pas. Il y a là une question de disposition spéciale qu'il est fort difficile de prévoir. J'en aurais très-long à dire là-dessus ; mais je m'arrête, en exprimant le désir que le rapport soit fait prochainement, afin de nous fournir l'occasion d'examiner cette question avec maturité.

M. HUGUIER regrette que M. Cruveilhier ait donné à sa communication un titre qui peut donner lieu à une fâcheuse confusion. M. Cruveilhier a intitulé sa note *Cathétérisme utérin suivi de mort.* Or ce n'est pas le cathétérisme, c'est le redressement de l'utérus par une tige placée en permanence dans l'intérieur de cet organe qui a donné lieu aux accidents en question, ce qui est bien différent. Entre le séjour d'un instrument à demeure dans l'utérus et le simple cathétérisme il y a une très-grande différence, et il serait regrettable que l'on parût attribuer à l'un ce qui est exclusivement dû à l'autre.

M. BÉGIN exprime le désir que la discussion soit renvoyée après la lecture du rapport sur ce sujet.

La discussion est close.

FOLIE CIRCULAIRE. — M. Falret, à l'occasion du procès-verbal et au sujet du mémoire lu dans la dernière séance par M. Baillarger sur une nouvelle variété de folie, réclame la priorité d'observation de faits semblables, qu'il a désignés sous le nom de folie circulaire, et commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet.

Séance du 14 février.

SONDE UTÉRINE. — M. Valleix adresse la lettre suivante :

« Mon nom ayant été plusieurs fois prononcé dans les dernières séances de l'Académie, et M. Cruveilhier ayant communiqué à l'assemblée un fait qui me concerne, on serait sans doute étonné de me voir garder le silence. Aussi mon intention était-elle de présenter quelques explications à l'Académie. Mais atteint de choléra il y a quelques jours, je ne me sens pas encore assez fort pour entrer dans ce débat. Je prierai sous peu l'Académie de

vouloir bien m'entendre. En attendant, je vous prie, monsieur le président, si vous n'y voyez aucun inconvénient, de vouloir bien communiquer à l'assemblée les remarques préliminaires suivantes :

» 1° On pourrait penser d'après les citations faites à l'Académie qu'après M. Simpson je suis à peu près le seul qui ai mis en usage le traitement dont il s'agit et que, par conséquent, la *responsabilité* est très-peu partagée. Je rappellerai donc que ce traitement était, à quelques modifications près, celui de Kiwisch à Prague; qu'il est employé aujourd'hui par M. le professeur Mayer à Berlin, qu'en Angleterre, à côté de M. Simpson, se placent MM. les docteurs Rigby, Protherae, Smith, Cunning, etc., etc. ; qu'à Paris MM. Richet et Maisonneuve en ont fait usage avec succès; que MM. Broussonnet à Montpellier, Pinchaud et Maunoir à Genève, Diberders à Lorient, Moussous à Bordeaux l'ont adopté; que M. le docteur Pé de Laborde se propose de publier, ainsi que je l'ai appris récemment, une série d'observations sur ce sujet; que M. le professeur Dieulafoy (de Toulouse), dont le nom est avantageusement connu, en possède aussi un certain nombre, et qu'enfin cette pratique a été adoptée par un bon nombre d'autres médecins français ou étrangers qui avaient pris connaissance des faits.

» J'ajoute que tout cela ne s'applique qu'à l'emploi du pessaire Simpson, du pessaire Kiwisch et Mayer, ou du redresseur intra-utérin.

» Quant à l'usage de la sonde utérine, il est bien plus répandu encore. Je me contenterai de citer M. Huguier, qui lui a donné le nom d'hystéromètre, et M. le professeur P. Dubois, dont la prudence n'est pas plus contestable que la haute valeur scientifique. J'ai en effet appris de M. P. Dubois lui-même qu'en y mettant tous les ménagements nécessaires il se servait avec avantage de la sonde pour redresser progressivement l'utérus dévié.

» 2° Je ferai remarquer qu'on a eu tort de confondre dans une même discussion ce qui est relatif à l'emploi de la *sonde utérine* et ce qui concerne l'*application du redresseur utérin*. Il n'y a aucune parité à établir; et quant à l'observation de M. Broca, que je n'ai connue que par le compte-rendu incomplet qui se trouve dans les journaux de médecine, on peut dire déjà qu'il y a des circonstances si singulières que beaucoup de personnes ont douté de la réalité de la cause invoquée. Mais je me réserve de la discuter quand j'en aurai pu prendre connaissance d'une manière complète dans le *Bulletin* de l'Académie.

» 3° Relativement à l'observation de M. Cruveilhier, je me contenterai de dire aujourd'hui que j'ignorais complétement ce qui s'est passé, que je peux maintenant démontrer que le fait lui a été raconté de la manière la plus inexacte, et que l'interprétation de l'honorable professeur s'en est tellement ressentie, qu'il me sera facile de prouver que le titre de l'observation doit être totalement changé.

» 4° Une troisième question bien distincte a été soulevée par mon honorable maître M. Velpeau, c'est celle de la curabilité des déviations utérines. C'est une question qui ne peut être résolue que par les faits et qui doit dominer toute la discussion. Je ne peux pas l'aborder ici, et je ne pourrai le faire complétement qu'après avoir fait un appel à tous mes confrères qui ont mis en usage le redresseur, afin qu'ils adressent à la commission ou à moi tous les cas favorables ou défavorables de leur pratique. Ainsi la vérité sera connue, et quel que soit le résultat, je m'en féliciterai, car si le danger de ce traitement dépassait celui qu'on doit malheureusement (ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Velpeau) craindre des plus minimes opérations chirurgicales, je redouterais plus que personne de les affronter. Je n'ai jamais nié, en effet, qu'on ne puisse provoquer des accidents. Ces accidents, je les ai signalés; mais ils ne m'ont pas paru de nature à faire renoncer à un traitement que je regarde comme efficace dans un grand nombre de cas.

» 5° Qu'on n'oublie pas enfin que ce traitement va en se perfectionnant tous les jours; que bien des accidents qui se sont produits faute d'une expérience suffisante sont aujourd'hui évités, et que dans les déviations en arrière j'ai remplacé avec avantage l'emploi du redresseur intra-utérin par celui du redressement avec la sonde et du pessaire en caoutchouc combinés, qui me donne chaque jour d'excellents résultats. Mais je n'insiste pas sur ces points, car ce sont autant de questions posées naturellement à la commission académique, et qu'elle pourra résoudre quand elle aura pris connaissance des faits. »

(Commission nommée.)

Séance du 21 février.

ÉPIDÉMIES. — M. le ministre du commerce transmet : 1° Un rapport final de M. le docteur Henlard, d'Arcy, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Clamecy (Nièvre), sur une épidémie de

fièvre typhoïde qui a régné au village de Château-du-Bois (commune d'Entram).

Eaux minérales. — 2° Une caisse contenant quinze bouteilles d'eau minérale provenant d'un puits situé à Sotteville-lès-Rouen, pour être analysée.

Remèdes secrets. — 3° Diverses lettres et notes relatives à des remèdes secrets.

Demande de mission. — M. Chopin annonce à l'Académie qu'il va exercer la médecine à Sydney (Australie), et qu'il se met à sa disposition pour remplir telle mission dont elle jugerait convenable de le charger.

Hernie étranglée. — M. Rémy (de Châtillon-sur-Marne) adresse l'histoire d'une hernie étranglée irréductible sans opération après la formation d'une eschare considérable comprenant le sac qui contenait la portion d'intestin étranglée, longue de 0,05 cent., sans laisser d'anus artificiel. (Commissaires : MM. Malgaigne, Jobert.)

Après le dépouillement de la correspondance, M. le vice-président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de son président, M. Nacquart.

La séance est immédiatement levée.

Séance du 28 février.

M. le président annonce à l'Académie la mort d'un de ses correspondants, M. Acart (de Valence).

M. Dubois (d'Amiens), d'après le vœu exprimé par quelques membres, donne lecture du discours qu'il a prononcé mercredi dernier, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Nacquart.

Cette lecture est accueillie par des applaudissements.

M. le président informe l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la séance prochaine, à l'élection d'un président en remplacement de M. Nacquart.

Remèdes secrets. — M. Robinet a la parole pour lire, au nom de la commission des remèdes secrets, huit ou neuf rapports sur des remèdes pour lesquels il est demandé application du bénéfice des décrets de l'an XI et de 1850.

Les conclusions négatives de la commission sont adoptées.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination de deux membres destinés à remplacer dans la commission du prix Nadaud, M. Nacquart décédé, et M. Villermé, empêché par une longue absence.

Les deux membres élus sont MM. Mélier et Bouchardat.

Choléra. — M. Thomas, correspondant de l'Académie, lit un nouveau mémoire, qui est un résumé des communications déjà faites par lui sur le choléra observé, en 1832 et 1833, à la Nouvelle-Orléans et sur l'épidémie qu'il a observée dernièrement pendant ses voyages dans le nord de l'Europe.

Séance du 7 mars.

Chloroforme. — M. Delfraysse annonce à l'Académie qu'il a guéri, à l'aide des vapeurs concentrées de chloroforme, trois individus atteints d'hydrophobie et de tétanos traumatique.

Observations de chirurgie. — M. Velpeau lit un rapport sur diverses observations de chirurgie, par M. Peixoto (de Rio de Janeiro).

Les faits contenus dans le travail de M. Peixoto sont au nombre de quinze, et concernent tous la médecine opératoire. Quatre d'entre eux se rattachent à l'éléphantiasis du scrotum :

1° Chez un premier malade, la tumeur pesait 16 kilogrammes. Extirpation avec guérison complète et première opération de ce genre pratiquée à Rio de Janeiro.

2° Dans un deuxième cas, l'éléphantiasis, de 26 pouces de circonférence, pesait 16 kilogrammes. Le testicule gauche se trouvait à plus de 7 pouces de l'anneau inguinal. Il y avait une hernie épiploïque, l'extirpation en amena la guérison en vingt et un jours.

3° Chez le troisième malade, l'éléphantiasis, de 34 pouces de circonférence, pesait 33 kilogrammes. Le testicule droit se trouvait à une profondeur de 10 centimètres, et éloigné de 26 centimètres de l'anneau inguinal. La guérison eut lieu en trois semaines.

4° Chez le quatrième enfin, l'éléphantiasis avait 30 pouces de circonférence, et la guérison eut lieu en douze jours.

M. Peixoto relate trois observations de lithotritie, opération qu'il a introduite au Brésil.

L'observation la plus curieuse de la collection de M. Peixoto est celle de l'oblitération du tronc innominé par une ligature d'attente. Voici le résumé du fait :

Tumeur érectile de l'oreille droite. — Plusieurs ligatures avaient été pratiquées à Paris ; la ligature de la carotide primitive à sa partie moyenne, le 14 novembre 1851. Hémorrhagie foudroyante avant la chute de la ligature d'attente, à la naissance de l'artère sur le tronc brachio-céphalique ; formation du caillot dans le tronc même, après douze jours de com-

pression par la ligature d'attente, qui n'a ni ulcéré, ni enflammé l'artère au point de la couper. La guérison complète a été obtenue après deux mois de traitement. M. le docteur Moura, sujet de l'observation, jouit aujourd'hui de la meilleure santé possible.

C'est, je crois, ajoute M. le rapporteur, le premier exemple connu de guérison après l'oblitération artificielle du tronc innominé. Il fait le plus grand honneur au sang-froid, à l'habileté, je dirais presque au courage de l'opérateur.

Voilà donc un fait acquis. On peut oblitérer le tronc brachio-céphalique au moyen de la ligature; les observations de Pelletan, de M. Martin-Solon, les exemples publiés par M. Darrach, avaient déjà fait voir que l'occlusion accidentelle de cette artère ne prive nécessairement ni le bras ni la tête d'une circulation suffisante; mais il restait à démontrer que, par la médecine opératoire, on peut obtenir les mêmes résultats sans occasionner des accidents mortels.

M. Mott, à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier cette grave opération en 1818, eut la douleur de voir succomber son malade le vingtième jour; celui de Graefe mourut le soixante-huitième. L'opéré de Bland s'éteignit le dix-huitième et celui de Hall le sixième. Dans le cas de Lizars, la mort eut lieu au bout de trois semaines. Ajoutons que dans l'opération de M. Kuhl la ligature, qui comprenait à la fois la sous-clavière et la carotide tout près du tronc innominé, devint mortelle le troisième jour. Je tiens de M. Arendt qu'un malade opéré par lui en 1826 est mort le huitième jour, et que, pratiquée deux fois, la même opération fut suivie de mort au bout de deux ou trois jours entre les mains de M. Bujalski. Il faut dire, enfin, que M. Hutin n'a pas été plus heureux et que son malade succomba le neuvième jour. Ainsi, dix opérés, dix morts. En faut-il davantage pour éloigner à jamais une telle ressource du lit des malades? Le succès de M. Peixoto ferait-il équilibre à ce lamentable nécrologe?

Voyons : si l'anévrisme occupe le tronc innominé lui-même, personne ne songe à porter une ligature entre la tumeur et l'aorte. C'est donc quand le mal a pour siége exclusif soit la carotide primitive, soit la sous-clavière; mais alors de deux choses l'une : 1° un certain espace persiste entre la tumeur et le sommet de la poitrine; il est possible, dans ce cas, de placer le lien sur la partie saine de l'artère; 2° ou bien l'anévrisme s'étend jusqu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire, et qui oserait affirmer dès lors que le tronc brachio-céphalique ne fait pas partie de la tumeur? N'a-t-on pas, d'ailleurs, dans ces cas extrêmes, la méthode de Brasdor, qui, sans permettre de grandes espérances, a pour elle au moins d'être d'une exécution plus facile et de ne pas exposer à autant de dangers immédiats? Non, si près de la crosse de l'aorte, sur un tronc si court, si volumineux, entre des artères si importantes placées dans la poitrine même, la ligature ne peut être qu'une opération qui ne doit plus être tentée, qui ne serait plus pardonnable dorénavant.

L'observation de M. Peixoto, au surplus, n'est pas relative à une ligature du tronc innominé. Ici le chirurgien eut en quelque sorte la main forcée. La carotide avait été lésée, les hémorrhagies se succédaient, la mort était imminente : le choix n'était plus possible; un ruban fut placé sous le tronc brachio-céphalique à titre de ligature d'attente, aplatissant le vaisseau, mais sans le serrer. Le malade étant guéri, rien ne permet d'affirmer que le lien ait porté plutôt sur le tronc artériel commun que sur l'origine de la carotide seule. Rien ne prouve non plus d'une manière absolue que l'artère innominée ne se soit pas fermée (si tant est qu'elle le soit) par le fait de la première ligature plutôt que sous l'influence de la simple ligature d'attente.

Ces quelques réflexions n'ôtent rien au mérite de M. Peixoto, nous ne les faisons que pour sauvegarder les principes et la responsabilité de l'Académie; nous n'en proposons pas moins :

1° De renvoyer ce travail au comité de publication, afin qu'un extrait étendu en soit inséré dans les *Mémoires de l'Académie*;

2° Que l'auteur soit admis comme candidat au titre de correspondant étranger lors de la première promotion de cet ordre que fera la Compagnie.

M. Malgaigne émet quelques doutes relativement au fait de ligature du tronc innominé que vient d'analyser M. le rapporteur. Il lui semble difficile d'admettre qu'une simple ligature d'attente, ne faisant qu'aplatir le vaisseau sans le serrer, ait pu suffire pour produire l'interruption du cours du sang dans le tronc innominé. Il demande à cet égard quelques renseignements à M. le rapporteur.

M. Velpeau déclare lui-même n'être pas parfaitement fixé là-dessus; il y a quelques particularités de l'opération qu'il n'a pas très-bien comprises. Il n'y aurait qu'un moyen de lever les doutes que laisse subsister la relation de ce fait, ce serait

l'examen direct des pièces. Mais on ne doit pas oublier que l'opéré a guéri.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

ÉLÈVE DES SANGSUES. — M. Soubeiran lit un rapport, au nom de la commission chargée d'examiner s'il y avait lieu à décerner une récompense spéciale à l'inventeur du nouveau procédé d'élève des sangsues, qui a été déjà l'objet d'un rapport vers la fin de l'année dernière. Il s'agissait aussi dans ce rapport d'apprécier les procédés et les travaux de MM. Bellet (de Bordeaux), Harreaux (de Grouville), et de M. Elie Masson.

Les conclusions de la commission consistent à déclarer que l'auteur de ce procédé, M. Borne (de Clairefontaine), mérite la haute approbation de l'Académie, et qu'il y a lieu de le recommander à la bienveillante attention de l'administration. Elle propose des remerciments aux autres personnes que nous venons de nommer.

M. Bousquet appuie les conclusions du rapport, et demande qu'il en soit envoyé une copie au ministre du commerce.

M. Chevallier insiste sur l'importance des services rendus par cet industriel, et il regrette que l'Académie n'ait pas cru devoir lui décerner une médaille comme marque plus *frappante* de la reconnaissance qui lui est due pour les services rendus à la médecine.

M. Dubois (d'Amiens) soutient les mesures adoptées par la commission, et fait ressortir les inconvénients qu'il pourrait y avoir à décerner des médailles à des personnes étrangères à la médecine, et qui pourraient en faire un usage abusif.

M. Chevallier n'est nullement frappé de ces inconvénients, et croit qu'on ne ferait qu'un acte de justice en décernant une médaille à un homme qui a rendu un service véritable et important à l'art de guérir.

M. Desportes parle dans le même sens.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET TRAITEMENT DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE. — M. Barth lit un mémoire ayant pour titre : *Études anatomo-pathologiques sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculeuse du foie, et conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des concrétions biliaires.*

M. Barth s'est proposé, dans ce travail, d'exposer sommairement quelques résultats de ses recherches anatomiques sur les ressources variées dont la nature dispose pour la guérison des affections calculeuses du foie (élimination par les voies naturelles ou accidentelles, séquestration par enkystement ou par encloisonnement dans les parois de la vésicule, etc.), et de faire connaître les inductions qui découlent de cette étude pour le traitement de ces produits morbides.

Des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques auxquelles M. Barth s'est livré dans ce travail découlent les conséquences suivantes, intéressantes au triple point de vue de la séméiologie, du pronostic et du traitement.

Témoin des voies diverses par lesquelles peut s'accomplir la guérison de l'affection calculeuse du foie, le médecin conserve de légitimes espérances de rétablissement dans les cas en apparence les plus graves ; la considération des ressources variées que la nature met en œuvre pour une terminaison favorable l'encourage à imiter autant qu'il est en lui ces procédés salutaires, et l'anatomie pathologique lui fournit ainsi de précieuses indications pour le traitement.

A ce dernier point de vue, l'étude attentive des calculs biliaires démontre rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont la valeur était souvent contestée.

Dans la grande majorité des cas, le noyau central des concrétions est constitué par un grumeau informe de bile concrète, et beaucoup d'entre elles sont composées entièrement par une agrégation de molécules biliaires solides. De là l'utilité, comme moyen prophylactique et curatif d'un régime sévère, de l'usage des boissons délayantes prises en abondance, et de l'emploi fréquent de laxatifs dans le but de prévenir l'épaississement anormal de la bile.

La prédominance de la cholestérine ou matière grasse dans la composition d'un grand nombre de calculs indique l'avantage d'une diète végétale, en excluant avec soin les matières grasses de l'alimentation habituelle.

Les mêmes considérations conduisent naturellement à l'emploi des boissons alcalines, des bains de même nature et à l'administration souvent répétée des pilules savonneuses.

La solubilité de la plupart des calculs dans l'éther et dans l'essence de térébenthine fait pressentir l'utilité à l'intérieur et en frictions soit de l'éther seul, soit d'un mélange d'éther et d'essence, d'après la méthode préconisée par Durande.

Assurément il y a une énorme différence entre l'action immédiate et puissante de l'éther sur un calcul plongé dans

ce liquide, où il tombe en déliquium au bout de quelques heures, et l'action immédiate et amoindrie de l'éther introduit dans l'estomac; mais, quelque minime que soit cette action, elle peut n'être pas sans influence sur une concrétion trop grosse pour franchir les conduits biliaires, et une diminution de quelques millimètres obtenue par ce moyen suffirait pour permettre au cholélithe de parcourir les voies normales.

A ces moyens, il sera utile d'ajouter les onctions de belladone dans le but de faciliter la dilatation de l'extrémité duodénale du canal cholédoque, qui est le point des voies biliaires qui offre le plus de résistance.

Quoi qu'il en soit de ces déductions fondées sur le raisonnement, de nombreux succès obtenus, soit à l'hôpital, soit dans la pratique civile, m'ont donné la preuve de l'évidente efficacité de cet ensemble de moyens thérapeutiques.

L'auteur, pour terminer ces courtes indications pratiques, revient à l'un des points qu'il croit avoir signalé le premier dans l'histoire anatomique des calculs biliaires; savoir, la fragmentation possible de ces concrétions dans l'intérieur même des voies de la bile. Ce fait, démontré jusqu'à l'évidence, dit-il, par des pièces que je tiens à la disposition de l'Académie, permet de pressentir combien le massage de la région du foie et les douches à forte percussion sur l'hypocondre droit peuvent concourir avantageusement avec les moyens précités au traitement curatif des calculs biliaires.

Académie des Sciences de Paris.

Séance du 16 janvier.

Résultats de la section et de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou. — M. Brown-Séquard lit sous ce titre un mémoire qu'il résume dans l'extrait suivant :

I. Section du nerf grand sympathique au cou.

Pour ce nerf, de même que pour tous les autres nerfs, il y a deux sortes d'effets qui suivent sa section. Les uns sont immédiats, et en général très-peu durables; les autres se montrent après que les premiers ont cessé, et ils persistent très-longtemps. Les premiers résultent de l'excitation du nerf au moment où on le coupe; ils ne diffèrent guère des effets de la galvanisation du nerf, si ce n'est par leur durée, qui est bien moindre. Les autres effets qu'on observe sont les véritables conséquences de la cessation d'action du nerf consécutive à sa section. Ce sont les seuls dont j'aie à m'occuper maintenant. Avant de les exposer, je dois dire que tous les faits qui suivent, s'observent sur la moitié de la tête du côté où le nerf est coupé.

1° La pupille se resserre, ainsi que Pourfour-du-Petit l'a découvert. L'explication de ce resserrement, donnée par Valentin et admise par plusieurs physiologistes, et notamment par MM. Budge et Waller, n'est pas parfaitement vraie. L'abondance du sang en circulation dans l'œil est en grande partie la cause de la contraction des fibres musculaires circulaires de l'iris. Bien que resserrée, la pupille reste mobile, ainsi que John Reid l'avait déjà fait remarquer.

2° En même temps que ces fibres se contractent, plusieurs des muscles du globe oculaire, des paupières et de la face se contractent aussi.

3° La sécrétion des larmes et celle du mucus palpébral sont augmentées. Biffi a prétendu, relativement à la sécrétion lacrymale, qu'elle n'est pas modifiée, et que c'est seulement par suite de la position du globe oculaire que les larmes coulent sur la joue et paraissent être plus abondantes. Je me suis assuré que les sécrétions de mucus et de larmes sont réellement augmentées.

4° Diverses altérations pathologiques se produisent quelquefois, et ont été signalées; mais comme elles ne sont pas constantes, je me bornerai à énumérer les principales. La cornée perd de son brillant, elle s'aplatit, elle s'ulcère parfois; l'iris change de couleur; le mucus palpébral devient purulent; la conjonctive s'enflamme. Ce dernier fait est celui qui s'observe le plus fréquemment. Il est constant chez les chiens, suivant John Reid; il ne se montre que quelque temps après l'opération et disparaît, en général, après une ou deux semaines.

5° Si l'on tue l'animal, on remarque, ainsi que M. Bernard l'a trouvé, que les mouvements réflexes peuvent avoir lieu plus longtemps dans la moitié de la face du côté de l'opération que dans l'autre côté. J'ai observé qu'il en est de même, pendant l'agonie, pour les mouvements volontaires et respiratoires que pour les mouvements réflexes après la mort.

6° Les vaisseaux sanguins se dilatent dans toute la moitié de la tête, le sang y

afflue et la température s'élève. Ces faits, entrevus par Dupuy, ont été retrouvés par M. Cl. Bernard, qui a attiré sur eux l'attention des physiologistes. Dans un mémoire spécial sur ce sujet, je ferai voir que l'élévation de température dépend uniquement de l'afflux de sang, et que cet afflux résulte de ce que les vaisseaux sanguins, étant paralysés, ouvrent une plus large voie au sang.

7° Les propriétés vitales des nerfs sensitifs de la face, du nerf optique et du nerf auditif paraissent notablement augmentées. Relativement à la sensibilité de la face, M. Bernard avait déjà observé son augmentation. J'ai découvert les deux autres faits. John Reid avait déjà dit que probablement c'était parce que la lumière affectait désagréablement l'animal que l'œil était tiré en arrière et les paupières tenues demi-closes.

8° Après la mort, les nerfs moteurs et les muscles de la face et de l'œil, en y comprenant l'iris, conservent plus longtemps leurs propriétés vitales. J'ai vu quelquefois l'irritabilité musculaire durer un quart d'heure et même une demi-heure de plus que sur le côté sain.

9° La rigidité cadavérique à la face survient plus tard que du côté sain, et elle dure plus longtemps. Il faut que la température de l'air ambiant ne soit pas trop basse pour que ce résultat s'observe. Nombre de fois la putréfaction tarde davantage à se montrer, et paraît moins rapide du côté de la face correspondant au nerf coupé que de l'autre côté.

En résumant les résultats de la section du grand sympathique au cou, ou mieux de l'ablation du ganglion cervical supérieur, nous dirons que la quantité de sang qui circule dans la moitié de la tête correspondant au côté où l'opération a été faite est augmentée, et que la température et les propriétés vitales des muscles et des nerfs moteurs, sensitifs et sensoriaux sont aussi augmentées. J'essaierai de montrer prochainement que ces derniers effets sont, au moins en grande partie, la conséquence pure et simple de la paralysie des vaisseaux sanguins et de l'afflux sanguin qui en résulte. Les résultats de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou vont montrer que la contraction des vaisseaux sanguins s'accompagne de phénomènes inverses de ceux qui suivent leur dilatation.

II. *Galvanisation du nerf grand sympathique au cou quelque temps après sa section.*

1° La pupille se dilate, ainsi que Biffi et Morganti l'ont trouvé.

2° Le globe oculaire, qui était tourné en arrière et en dedans, reprend sa situation normale, ainsi que M. Bernard, M. Waller et moi-même l'avons vu.

3° Les paupières s'ouvrent, et les contractions des muscles de la face et de l'oreille cessent d'exister, ainsi que M. Bernard et moi l'avons vu.

4° La vascularisation diminue, ainsi que je l'ai découvert. Quelquefois les vaisseaux se contractent au point que le calibre des petites artères et des veinules disparaît complétement. Si alors on coupe ces vaisseaux, ils ne donnent pas de sang. Chez les animaux vigoureux, la vitesse de la contraction est quelquefois très-grande : j'ai vu en un tiers de minute une artère, qui avait au moins trois fois son calibre ordinaire, revenir à ce calibre. Dans quelques cas, la contraction des vaisseaux a déjà commencé à se manifester en moins de deux secondes de galvanisation.

Quand on cesse la galvanisation, les vaisseaux ne tardent pas à se dilater de nouveau, et souvent alors ils acquièrent un degré de dilatation plus grand qu'avant l'application du galvanisme. Si cette application dure très-longtemps, les vaisseaux se dilatent, même pendant qu'on continue de la faire.

5° J'ai trouvé que la température s'abaisse pendant la galvanisation. L'abaissement s'opère lentement, mais il arrive à être assez considérable pour que l'oreille et la narine se trouvent à une température inférieure de un à deux degrés centigrades à celle des mêmes parties du côté sain. La température m'a paru être en relation directe avec la quantité de sang circulant ou ayant circulé dans les parties qu'on examine.

6° Il en est de même pour la sensibilité que pour la température. Cependant la diminution de sensibilité qui suit la galvanisation est plus lente encore à devenir manifeste que la diminution de température.

III. *Galvanisation au cou du grand sympathique non coupé ou aussitôt après sa section.*

Plusieurs des effets qui suivent la galvanisation du nerf quand il a été coupé depuis quelque temps se montrent aussi quand on le galvanise sans le couper. La seule différence est dans leur degré, qui est moins considérable.

Si l'on galvanise le nerf pendant longtemps et énergiquement sur un animal vigoureux, on trouve les faits suivants :

1° Quand on asphyxie l'animal, les derniers mouvements volontaires, respira-

toires, convulsifs et réflexes, se montrent du côté sain. En d'autres termes, tous ces mouvements cessent alternativement du côté opéré avant de cesser du côté sain.

2° La sensibilité pendant l'asphyxie disparaît dans le côté opéré avant de cesser dans le côté sain.

3° Après la mort, l'excitabilité des nerfs moteurs et la contractilité musculaire disparaissent plus tôt du côté opéré que de l'autre côté.

4° La rétine et l'iris perdent leurs propriétés vitales plus vite du côté de l'opération que de l'autre.

5° La rigidité cadavérique vient plus tôt et elle dure moins dans les muscles du côté opéré que dans ceux de l'autre côté. Il paraît en être de même pour la putréfaction.

Quand on galvanise les filets du nerf grand sympathique, qui des ganglions abdominaux vont aux artères et aux veines de l'un des membres abdominaux, on obtient sur les vaisseaux, sur les muscles et sur les nerfs du membre des résultats analogues à ceux que l'on observe à la tête lorsqu'on galvanise le grand sympathique au cou.

Des faits contenus dans ce mémoire actuel je conclus :

1° Que la galvanisation du nerf grand sympathique au cou est suivie de la contraction des vaisseaux sanguins, d'une diminution dans la quantité de sang qui circule dans ces vaisseaux, d'un abaissement de température et d'une diminution dans les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf galvanisé.

2° Que la section du grand sympathique au cou est suivie de la dilatation des vaisseaux sanguins, d'un afflux de sang, d'une élévation de température et d'une augmentation des propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf coupé. (Commissaires : MM. Magendie, Serres, Flourens.)

Séance du 23 janvier.

EXPÉRIENCES PROUVANT QU'UN SIMPLE AFFLUX DE SANG A LA TÊTE PEUT ÊTRE SUIVI D'EFFETS SEMBLABLES A CEUX DE LA SECTION DU NERF GRAND SYMPATHIQUE. — M. Brown-Séquard présente sous ce titre le mémoire suivant :

« Dans le mémoire, dit l'auteur, que j'ai lu lundi dernier à l'Académie des sciences, j'ai rapporté tous les phénomènes découverts par moi ou par d'autres physiologistes après la section ou la galvanisation du nerf grand sympathique au cou, et j'ai annoncé que les résultats alors obtenus ne dépendaient pas de propriétés spéciales à ce nerf. Je viens aujourd'hui faire voir qu'un simple afflux de sang à la tête, occasionné par une cause toute autre que la section de ce nerf, y est suivi des mêmes effets.

» 1. Après la section du nerf grand sympathique au-dessus du ganglion cervical supérieur, la portion périphérique de ce nerf (ainsi qu'il arrive pour tous les nerfs) perd ses propriétés vitales. Les effets durables qu'on observe après cette opération sont donc les conséquences de la paralysie, ou cessation d'action de ce nerf. Cette paralysie existant, il est tout simple que les vaisseaux sanguins que le nerf animait soient paralysés, et conséquemment qu'ils se dilatent. Leur dilatation ouvrant une plus large voie au sang, celui-ci y circule en plus grande abondance, et par suite on observe dans les parties alors abreuvées de suc nourricier une augmentation notable de vitalité. C'est par la même raison que, dans les expériences que je vais rapporter, un afflux de sang dû à une cause purement physique est suivi des mêmes effets.

» 2. Si l'on prend un animal (surtout un lapin) par les deux membres postérieurs et qu'on le tienne suspendu la tête en bas, on observe une série de phénomènes presque identiques à ceux qui suivent la section du grand sympathique au cou.

» 1° La pupille se resserre presque autant qu'après la section de ce nerf, ou même qu'après l'ablation du ganglion cervical supérieur. Le resserrement s'opère d'abord très-vite après le commencement de la suspension, et après deux ou trois minutes il s'augmente très-lentement, et atteint son maximum vers la huitième minute. Dans quelques cas, je l'ai trouvé à ce moment aussi considérable, sinon plus, qu'après l'ablation du ganglion cervical supérieur chez les lapins. Si cette ablation a été faite avant la suspension, la pupille, déjà resserrée, se resserre encore davantage lorsqu'on suspend l'animal, et elle arrive à un degré excessif d'étroitesse. J'ai trouvé qu'après l'arrachement du nerf facial chez les lapins la pupille se resserre un peu, et j'ai vu que si, dans cette condition, l'animal est tenu la tête en bas, le resserrement de la pupille devient très-considérable.

» Si l'on fait contracter les vaisseaux de la conjonctive et de l'iris par l'application de la belladone, que le grand sympa-

thique soit coupé ou non, la pupille se dilate, mais plus vite cependant dans ce dernier cas que dans l'autre. Si, après que cette dilatation s'est opérée, on tient l'animal suspendu la tête en bas, dans les deux cas, la pupille ne se resserre pas d'une manière manifeste.

» 2° Les muscles droit interne, droit inférieur et oblique inférieur se contractent, et le globe oculaire est tiré en dedans et en bas. De plus, par l'action de l'oblique inférieur, il roule autour de son axe médian (du centre de la cornée au centre de la rétine). Quelquefois la troisième paupière fait saillie jusque sur la cornée, par suite de la rétraction du globe oculaire. Les paupières se ferment à demi ou aux trois quarts, ordinairement un peu plus qu'après la section du grand sympathique. Les muscles des lèvres et des narines sont aussi contractés ; quelquefois ils sont le siége de tremblements plus ou moins forts.

» 3° Un larmoiement manifeste existe, comme après la section du sympathique.

» 4° Les vaisseaux sanguins (les artères comme les veines) se dilatent notablement.

» 5° La température des narines, de la bouche et surtout des oreilles s'augmente notablement. Dans un cas j'ai vu, après dix minutes de suspension, la température de l'oreille d'un lapin s'élever de 26 1/2 à 37° cent., l'air ambiant étant à 9°. Sur un autre lapin, chez lequel le ganglion cervical supérieur du côté droit avait été extirpé, j'avais trouvé, avant de suspendre l'animal, 35° cent. dans l'oreille droite et 27° dans l'oreille gauche. Après dix ou douze minutes de suspension, je trouvai 38° dans l'oreille droite et 33° dans l'oreille gauche. Cinq minutes plus tard, cette dernière oreille avait gagné 2° 1/2 ; l'autre était stationnaire. Dans une autre expérience sur un lapin très-vigoureux, sur lequel j'avais arraché le nerf facial du côté droit, l'oreille paralysée était à 34°, et l'oreille saine à 30° seulement. Après dix minutes de suspension, l'oreille paralysée était à 38° 1/2, et l'oreille saine à 36°. L'air ambiant était à 14°, et la température de l'animal, prise dans le rectum, était à 39° 1/2.

» En général, la suspension est suivie, en huit ou dix minutes, d'une augmentation de température aussi grande que celle qui suit l'ablation du ganglion cervical supérieur.

» 6° La sensibilité de la face et des oreilles augmente manifestement. Il paraît en être de même de la sensibilité de la rétine et de la sensibilité auditive. Cependant, l'état d'émotion de l'animal pendant la suspension et aussitôt après ne me permet pas de décider positivement s'il en est ainsi à l'égard de la sensibilité auditive ; mais quant à la rétine, il paraît plus certain qu'elle devient plus sensible ; car si on tue l'animal, on voit que les mouvements de l'iris consécutifs à l'excitation de cette membrane nerveuse par une vive lumière durent plus longtemps qu'à l'ordinaire.

» 7° Si l'on asphyxie deux animaux aussi semblables que possible l'un à l'autre, l'un d'eux ayant été suspendu pendant un quart d'heure, l'autre n'ayant point été suspendu, on trouve que les mouvements volontaires respiratoires, convulsifs et réflexes cessent plus tard chez le premier que chez le second. Il en est de même quant à la durée des propriétés vitales de l'iris, des muscles et des nerfs moteurs de la tête ; mais c'est surtout l'irritabilité musculaire qui dure notablement plus chez l'animal qui a été suspendu. J'ai vu dans un cas cette propriété vitale durer une heure de plus après la mort chez un lapin qui avait été suspendu vingt minutes que chez un autre qui n'avait point été suspendu.

» 8° La rigidité cadavérique se montre plus tard et dure plus longtemps dans les muscles de la tête chez les animaux tués sans avoir été suspendus de dix à vingt minutes, que chez ceux qui ont été tués sans avoir été suspendus du tout. De plus, la putréfaction, comme la rigidité, survient aussi plus tard et paraît être plus lente à s'achever.

» Ces résultats d'un simple afflux de sang à la tête produit par une cause purement physique ressemblent tellement à ceux qu'on observe après la section du grand sympathique au cou, que je crois pouvoir conclure que les effets de cette section sur l'iris et sur la température de la tête ne dépendent pas des causes qu'on leur a assignées. Ces effets, de même que les autres, paraissent dépendre directement ou indirectement de la quantité de sang qui circule dans la tête.

» Dans un autre mémoire, je donnerai de nouvelles preuves à l'appui de cette conclusion. »

Séance du 13 février.

CURE RADICALE D'UN ANÉVRISME PAR INJECTION D'ACÉTATE DE SESQUI-OXYDE DE FER. — M. Lussana adresse sur ce sujet une lettre dont nous publions l'extrait suivant :

« Avant les belles expériences du docteur Pravaz, un célèbre chirurgien d'Italie, Monteggia, avait conseillé dans le

traitement des anévrismes l'injection des astringents dans le sac, préalablement piqué avec un trocart, pour obtenir une coagulation prompte et durable du sang, après avoir comprimé l'artère au-dessus pendant un temps assez long. Mais ce vœu du grand opérateur resta inexaucé jusqu'à ces derniers temps, où, grâce à l'habileté persévérante du docteur Pravaz, les anévrismes furent traités par l'injection du perchlorure de fer. M. Ruspini, après avoir pris connaissance des recherches et des essais du docteur Pravaz, songea à remplacer le sel de fer qu'avait employé le médecin français par une autre substance jouissant d'une activité au moins égale, et ne présentant pas les inconvénients que le chlore amène toujours à la suite des injections du perchlorure de fer. Après un grand nombre d'essais, M. Ruspini reconnut que l'acétate de peroxyde de fer, avec une puissance hémostatique supérieure, n'introduisait dans l'organisme aucune substance nuisible à l'économie, et en conclut qu'on devait le préférer dans le traitement des anévrismes. Mais, jusque-là, ses expériences n'avaient porté que sur des matières albumineuses ou sur de légères hémorrhagies. En janvier de cette année, je proposai à M. Ruspini d'essayer son hémostatique dans un cas d'anévrisme de l'artère maxillaire externe. Le succès, comme on va le voir, couronna nos espérances.

Marie Gelmi, jeune fille âgée de vingt-deux ans, avait depuis longues années une tumeur molle, flottante et homogène dans l'épaisseur de la joue gauche, entre le coin de la bouche et l'angle de la mâchoire. La forme de cette tumeur était ovoïde, et son volume celui d'une grosse noix. Une piqûre faite avec une fine aiguille en avait laissé s'échapper un jet de sang rutilant, ce qui ne permettait plus de doutes sur la nature anévrismatique artérielle de la tumeur.

Dans le courant de janvier de cette année, chez mon excellent ami et collègue le docteur Pierre Gelmi, et avec son concours, je pratiquai dans la tumeur, à l'aide d'une lancette très-effilée, une ponction de trois millimètres environ de largeur, du côté qui regardait la cavité buccale ; à peine l'incision fut-elle pratiquée, que le sang en jaillit rouge et abondant. J'introduisis aussitôt dans la plaie le bec effilé d'une petite seringue en verre remplie d'acétate de peroxyde de fer pur. Je poussai dans la tumeur de huit à dix gouttes de la solution hémostatique, et, après en avoir sorti l'appareil injecteur, je tins mon doigt sur l'incision pendant une minute à peu près, l'ayant alors retiré, on ne vit plus aucune goutte de sang s'échapper de l'ouverture. La tumeur, de molle et flottante, était devenue solide et dure et avait légèrement augmenté de volume. La malade n'avait jeté qu'un petit cri au moment de l'injection ; mais la douleur qui l'avait causé s'était aussitôt arrêtée.

Les jours suivants se passèrent sans que le sang sortît par la petite ouverture. La tumeur devint plus dure et plus épaisse, et ses contours enflèrent légèrement par suite d'œdème sous-cellulaire. Il n'y eut point d'inflammation. La jeune fille se porta constamment bien, et put vaquer sans interruption à ses travaux journaliers. Au bout d'une semaine l'enflure œdémateuse s'était effacée ; la tumeur, toujours dure, diminua peu à peu par absorption lente et graduelle.

Le dixième jour, une piqûre d'essai, qui avait dépassé l'épaisseur de la muqueuse buccale, ne fit pas sortir de sang, et rencontra la résistance très-sensible du caillot anévrismatique. La résorption se continue avec régularité, et la forme du visage y gagne sensiblement chaque jour. (Commissaires : MM. Thénard, Roux, Velpeau, Lallemand, Rayer.)

Développement des vers intestinaux. — M. Kuechenmeister, dont les travaux concernant le développement des vers intestinaux et leur mode de transmission d'un animal à l'autre ont obtenu une médaille au concours pour le grand prix des sciences physiques de 1853, en adressant ses remerciments à l'Académie, lui communique quelques nouveaux faits relatifs à ce sujet. De ces faits, les uns sont dus à ses propres recherches, d'autres à celles de M. R. Leuckart (de Dresde).

M. Leuckart a fait sur le développement des cœnures des expériences comparatives. Il nourrissait depuis longtemps dans deux cages distinctes des souris blanches, et sur aucun de ces animaux, dont il avait sacrifié à diverses époques un assez grand nombre pour ses expériences, il n'avait trouvé de cœnures. Cependant, ayant placé dans une des cages des œufs de *tænia crassicollis*, en ayant mis dans l'eau et les aliments qu'il introduisait dans la cage, il a vu, au bout de quelque temps, les souris qui habitaient cette cage infestées de cœnures, tandis que celles de la cage voisine n'en avaient pas plus que par le passé.

M. Kuechenmeister annonce l'intention d'adresser prochainement à l'Académie des pièces conservées dans l'alcool et offrant tous les états de développement des

contre, depuis la grosseur d'un petit grain de moutarde jusqu'à celle d'une noix.

Séance du 20 février.

SUR L'HYPERTROPHIE DE LA LANGUE. — M. Sédillot communique un mémoire sur l'hypertrophie simple avec procidence de la langue.

L'hypertrophie simple avec procidence de la langue, dit l'auteur, est une affection rare que l'on trouve à peine mentionnée dans les ouvrages les plus récents de pathologie et de médecine opératoire. L'excision et la ligature ont été les moyens de traitement habituellement employés, et l'on connaît quelques beaux résultats de ces opérations. La question n'est cependant pas épuisée sous le rapport des causes, de la nature, des progrès et de la thérapie de l'affection elle-même et des lésions consécutives dont elle peut être suivie, et M. Sédillot a jugé l'observation suivante digne de l'intérêt de l'Académie.

Le nommé Kraut (Auguste), âgé de neuf ans, fut présenté à sa clinique le 16 novembre 1853 pour une hypertrophie très-considérable de la langue, qui pendait continuellement hors de la bouche sans pouvoir y être ramenée, et menaçait l'enfant de suffocation.

D'après les renseignements transmis par les parents et le médecin habituel de la famille, la langue avait commencé à s'hypertrophier cinq années auparavant, à la suite de la section du filet pratiquée pour faciliter la prononciation.

Dès la première année, la langue ne pouvait plus être replacée dans la bouche, et était le siége de douleurs très-vives qui réagissaient sur la santé générale et forçaient parfois le petit malade à garder le lit. Pendant les quatre dernières années, toute souffrance disparut, mais l'hypertrophie fit des progrès continuels.

Malgré la gêne causée par une aussi grave infirmité, la constitution n'est pas notablement altérée, et l'on constate seulement un peu de pâleur et d'amaigrissement. La parole est embarrassée, l'haleine n'offre aucune mauvaise odeur. La longueur totale de la langue, de la pointe au voile du palais, offre 0,15 d'étendue, et la portion qui dépasse les lèvres a 0,08 de diamètre longitudinal, 0,053 de largeur et 0,027 d'épaisseur.

La face supérieure de l'organe est couverte en arrière de papilles fongiformes très-développées, qui ressemblent à de véritables végétations.

Toutes les dents inférieures, depuis les grosses molaires, sont déchaussées et réunies par une épaisse couche de tartre, et forment une arcade parfaitement lisse et arrondie sur laquelle glisse la langue, sans excoriation ni douleur.

On a essayé des applications de sangsues et des cautérisations répétées; mais l'inutilité de ces tentatives et l'embarras croissant de la déglutition et de la respiration, l'écoulement incessant de la salive, l'altération de plus en plus marquée de la voix et la difformité croissante ont décidé les parents à venir réclamer les ressources d'un traitement plus efficace.

M. le professeur Sédillot ayant jugé nécessaire l'excision indiquée, la pratiqua de la manière suivante, le 19 novembre 1853 :

L'enfant assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit l'extrémité antérieure de la langue avec une pince de Museux, et confia à deux aides le soin de fixer et d'écarter les bords de l'organe avec des instruments de même nature. Il devint dès lors facile d'enlever en un instant une large portion triangulaire de l'organe par deux coups de ciseaux dirigés d'avant en arrière et de dehors en dedans. Deux grosses artères donnèrent un jet abondant de sang et furent immédiatement liées. Trois points de suture enchevillée réunirent les deux lambeaux, dont les extrémités furent en outre assujetties par deux points de suture ordinaire pour plus de régularité.

La portion de langue excisée avait 0,09 de longueur et comprenait toute la largeur de l'organe jusqu'au niveau de l'arcade dentaire. La dissection et le microscope n'y révélèrent que des tissus sains (muscles, vaisseaux, nerfs, papilles et muqueuses) considérablement hypertrophiés.

L'enfant eut dans la journée une hémorrhagie promptement arrêtée par des lotions d'eau de Pagliari.

Les jours suivants, la réunion s'accomplit sans accidents; mais on est surpris que la langue, dont plusieurs personnes avaient cru l'excision trop étendue, fasse encore saillie hors de la bouche et semble peu diminuée de volume. Cette circonstance paraît de peu d'importance à M. le professeur Sédillot, qui l'explique par un gonflement inflammatoire accidentel.

Le 24, sixième jour de l'opération, on enlève les sutures, dont les chevilles avaient légèrement excorié l'organe, et l'on constate une réunion heureusement achevée.

Le 1er décembre, l'enfant fait rentrer librement sa langue dans la bouche, quoi-

que la tuméfaction persiste encore ; mais il ne peut rapprocher les arcades dentaires. On constate par une mensuration précise que la présence de la langue entre les dents pendant le long intervalle de cinq années a déterminé l'incurvation permanente en bas du maxillaire inférieur. Cette incurvation part de la deuxième grosse molaire, seule dent dont le contact soit possible avec la mâchoire supérieure. A partir de ce point jusqu'à la ligne médiane, l'écartement des deux arcades dentaires va en augmentant et atteint 28 millimètres entre les deux incisives médianes.

M. le professeur Sédillot pense qu'on pourra remédier à cette déviation du maxillaire par une fronde de caoutchouc vulcanisé embrassant la moitié antérieure du menton et fixée vers le sommet de la tête.

L'enfant garde sa salive, avale et respire librement, parle beaucoup mieux et quitte l'hôpital le 19 décembre 1853, un mois après son opération.

Réflexions. — Il ne sera peut-être pas sans intérêt de signaler quelques-unes des considérations qui ressortent de cette curieuse observation :

1° Il serait difficile d'attribuer l'hypertrophie à la section du filet, et nous penchons à croire que l'affection était antérieure à l'opération, et qu'elle avait été la véritable cause de la gêne de prononciation dont les parents s'étaient inquiétés. L'hypertrophie resterait inexpliquée sans renseignement étiologique. C'est une lacune à combler qui appelle l'attention des observateurs.

2° L'épaisse couche de tartre enveloppant les dents de la mâchoire inférieure et venant préserver la langue de toute action mécanique irritante et ulcéreuse, est une disposition fort remarquable, et il faudrait, dans de pareils cas, ne pas s'opposer à cette espèce d'encroûtement calcaire qui non-seulement prévint les dilacérations de la langue, mais soutint les dents et les empêcha de s'incliner horizontalement et de s'ébranler, comme on le constate si fréquemment.

3° La déviation permanente du maxillaire inférieur, portée à 3 centimètres au moins d'écartement, si l'on tient compte du croisement normal des incisives, montre combien il importe de remédier de bonne heure à ces hypertrophies compliquées de procidence linguale, dont les inconvénients et les dangers ne sont pas complétement immédiats, puisque des déformations consécutives peuvent en résulter et compromettre pour longtemps l'intégrité si importante des formes et des fonctions de la bouche.

4° L'excision, dans les cas d'hypertrophie simple, est le procédé opératoire le plus favorable, et ne saurait, sous aucun rapport, être comparée à la ligature, qui entraine de véritables dangers de suffocation par la tuméfaction quelquefois très-considérable des parties étranglées, détermine une suppuration prolongée et offre beaucoup moins de chances d'une réunion régulière.

L'excision est prompte et peut être suivie d'une guérison complète en peu de jours. Nous recommandons notre procédé comme le plus sûr et le plus facile.

5° La réunion des deux lambeaux réclame la suture enchevillée. et nous conseillons de recourir à de petites plaques d'ivoire arrondies de 1 centimètre environ de hauteur sur 2 de longueur, percées de deux ouvertures pour le passage d'un double fil que l'on serre et fixe de chaque côté. C'est le meilleur moyen d'obtenir l'affrontement complet des lambeaux pendant un temps assez long pour la consolidation de la plaie. Les ligatures simples coupent trop rapidement dans les tissus et exposent à laisser une langue bifide, accident dont nous avons été témoin.

6° L'élévation de l'appareil hyoïdien par suite de la procidence linguale disparaît avec la cause qui l'a produite ; mais il n'en est pas de même de la déviation permanente du segment antérieur de la mâchoire. L'art doit intervenir, et la fronde élastique, dont nous avons conseillé l'emploi, nous paraît le meilleur moyen de combattre efficacement cette gênante difformité chez les enfants dont l'accroissement n'est pas encore achevé.

Séance du 27 février.

Anatomie physiologique et pathologique du cristallin. — M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. Girard ayant pour titre : *Anatomie physiologique et pathologique du cristallin ; conséquences pour le mode opératoire.*

Ce travail, dit l'auteur, renferme des idées neuves sur les lames du cristallin, sur leur formation, leur densité, leur nombre variable suivant les âges ; sur la nature de l'humeur dite de Morgagni, sur la capsule du cristallin et ses fonctions. Je montre l'appareil cristallinien dans ses phases diverses suivant les âges ; je l'étudie encore dans l'état pathologique, et j'en tire des conclusions pour le choix du mode opératoire de la cataracte.

Cause commune du choléra et des ma-

LADIES DES VÉGÉTAUX. — M. le ministre transmet également un mémoire de M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre), concernant la cause commune du choléra et des maladies qui attaquent depuis quelques années plusieurs de nos plantes usuelles.

Ce mémoire est le développement des trois propositions suivantes :

1° L'absence ou une diminution de l'ozone contenu dans l'air développe chez l'homme et certains animaux des phénomènes dont l'ensemble a été désigné par le nom de choléra ;

2° L'organisme humain développe de l'ozone;

3° L'excès de l'ozone dans l'air détermine la maladie des plantes contenant du sucre, de la glucose, de la fécule, telles que la pomme de terre, la vigne, la betterave.

TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DU CHOLÉRA PAR L'ACIDE SULFURIQUE DILUÉ ET LES BAINS SALÉS. — M. Lepetit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

« J'ai longtemps hésité, dit l'auteur, à présenter à l'Académie mon travail sur le choléra, n'ayant eu à traiter depuis trois années que la cholérine et le choléra sporadique ; mais depuis que cette méthode a reçu de la publicité, le choléra asiatique traité de la même manière dans Paris a parfaitement guéri. L'approbation de l'Académie aurait, je n'en doute point, pour résultat de propager rapidement une médication simple qui compte, tant en France qu'en Angleterre, des succès nombreux et incontestables. Pour ce qui me concerne personnellement, j'avoue que je serais très-heureux si mes expériences faites avec persévérance depuis trois années pouvaient obtenir les suffrages de juges aussi éclairés. »

DE L'IODE COMME CONTRE-POISON DU CURARE. — MM. Brainard et Green adressent une note ayant pour titre : *De l'iode comme contre-poison du curare*. L'un des auteurs (M. Brainard) avait précédemment fait connaître les résultats de ses expériences concernant l'action des solutions d'iode comme antidote contre la morsure de certains crotales. La nouvelle note a pour objet de montrer que ces mêmes solutions d'iode ont une semblable influence sur les poisons américains connus sous le nom de wooraro ou curare.

On remarque, disent les auteurs, une grande analogie entre l'action de ces préparations vénéneuses et les effets de la morsure de quelques serpents d'Amérique. De plus, il est bien avéré que le venin de ces serpents entre au moins pour quelque chose dans la composition de ces poisons, et nous nous sommes ainsi trouvés conduits à essayer contre leurs effets le remède dont nous avions reconnu l'efficacité contre la morsure des serpents.

Comme on trouve des échantillons de *curare* qui diffèrent en force, les deux auteurs ont dû d'abord déterminer pour celui dont ils faisaient usage dans leur expérienes, et qui leur avait été donné par M. le prince Ch. Bonaparte, quelle était la quantité nécessaire pour donner la mort.

Pour le pigeon, nous trouvâmes qu'il suffisait de 1 centigramme pour qu'au bout de huit ou dix minutes l'oiseau fût incapable de se soutenir; mais il continuait à vivre encore plus d'une heure dans une espèce de léthargie. Il était difficile de s'assurer du moment exact de sa mort. Il est quelquefois nécessaire de n'employer qu'une petite quantité du poison, car autrement ses effets sont si rapides qu'on n'a pas le temps d'avoir recours à l'antidote.

Nous avons trouvé que 2 centigrammes et demi suffisaient pour tuer un cochon d'Inde en trois minutes.

Nous mélangions dans un mortier de verre 0,05 du poison, en le triturant avec 20 gouttes d'eau distillée.

MM. Brainard et Green, après avoir exposé le résultat de vingt expériences, présentent les conclusions suivantes :

1° La solution d'iode et d'iodure de potassium est, dans de certaines limites, un antidote parfait contre le curare ; mêlée à ce poison (aussi en solution), elle détruit ses effets vénéneux.

2° La solution iodée, injectée immédiatement après la solution de curare, en neutralise complétement les effets, pourvu qu'on ait soin d'appliquer une ventouse afin d'arrêter la circulation jusqu'à ce que l'iode ait rejoint le poison. Il ne se produit pas de suppuration, ni de perte de substance par gangrène.

3° La solution iodée, appliquée sur la surface d'une blessure profonde des muscles dans laquelle on introduit le curare, prévient les effets du poison.

4° La solution d'iode a sur le curare une action tout à fait identique à celle qu'un de nous lui a reconnue sur le poison du crotale. (Mémoire présenté à l'Académie le 28 novembre 1853.)

5° L'identité des effets du curare et du venin des crotales, leur même odeur et l'effet de l'iode sur leur action donnent beaucoup de poids à l'opinion déjà assez répandue que le principe actif du curare

et des préparations analogues n'est autre chose que le venin du crotale conservé d'une manière particulière.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Suite de la Séance du 9 janvier.

M. Koepl demande que M. Seutin explique le but dans lequel il a fondé un prix relativement au traitement du cancer, l'intention qu'il a eue en posant sa question.

M. Seutin. Je remercie M. Koepl de ce qu'il me donne l'occasion d'expliquer mes intentions. Si je ne le faisais pas, si je me bornais à mettre cette question au concours, ce serait provoquer l'envoi de mémoires qui pourraient sembler dignes d'être couronnés, et qui pourtant ne nous apprendraient rien. Ce que je veux, c'est qu'on arrive à établir quelques règles à suivre relativement à l'opération, et que l'on empêche ainsi de pratiquer des opérations intempestives. Nous enlevons le cancer par le caustique ou par l'instrument tranchant; dans l'un comme dans l'autre cas, nous avons des récidives. Dans quels cas peut-on opérer avantageusement? Quelle est, de ces deux méthodes, celle qui mérite la préférence? Voilà les questions que je veux voir résoudre.

M. Uytterhoeven et moi, nous avons fait partie d'une commission pour examiner le procédé soi-disant curatif d'un praticien de cette ville, qui employait largement les caustiques. On avait parlé de 25 guérisons; sur ce nombre il y avait, à cette époque, 16 morts, 5 guérisons et quelques cas équivoques, sur lesquels on ne put pas obtenir de renseignements. J'ai vu aussi des femmes survivre à l'opération 7 à 8 ans; mais depuis qu'on fait usage du microscope, on a démontré que ces tumeurs ne sont pas cancéreuses, et que toutes les tumeurs cancéreuses reviennent. Nous guérissons par l'opération; la cicatrice se fait; mais au bout de peu de temps, il y a récidive. S'il y en a quelquefois qui résistent assez longtemps, c'est que certaines affections durent 8, 10, 12 ans, et souvent ces affections ont vu accélérer leur marche par l'opération. Je demande l'aide de la Société pour élucider ces questions; elles sont très-importantes: car nous opérons des cancers, mais nous n'en guérissons pas.

M. Henriette. Les renseignements que M. Seutin vient de fournir sur la commission dont il a fait partie, sont-ils officieux ou officiels?

M. Seutin. Ils sont *officiels*.

M. Henriette. Est-ce qu'un rapport a été fait? Est-ce que l'intéressé a été consulté? Est-ce qu'il était présent quand la commission a fait son rapport? Je tiens à cela parce que si l'enquête a été instituée en dehors de la présence de l'intéressé, elle n'offre pas assez de garanties pour pouvoir être acceptée sans examen. Je dis ceci parce qu'il ne s'agit ici de rien moins que de faire tomber en discrédit un mode opératoire que je préfère à l'instrument tranchant.

M. Seutin. La commission s'est rendue au domicile des personnes guéries du cancer. Elle a pu constater que la plupart étaient mortes.

M. Henriette. On peut mourir d'autre chose que d'une récidive de cancer.

M. Seutin. Nous en avons trouvé qui étaient en voie de récidive très-avancée. Mais bientôt l'auteur vint déclarer que M. un tel et M. un tel ne pouvaient pas en faire partie. La commission fut dissoute. Quelques mois après, il parvint à faire nommer une autre commission, dont quelques membres de l'ancienne commission faisaient partie. Il y a eu un rapport qui n'était pas favorable en entier. Cependant il constatait des guérisons.

M. Henriette. Vous dites qu'il y a eu des guérisons?

M. Seutin. Des guérisons momentanées, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas encore récidive. Du reste, je n'ai plus su, à partir de cette époque, ce qui s'est passé au sein de la commission. Tout ce que je sais, c'est que des personnes dévouées dans le principe à cette méthode, ont reconnu qu'il y avait exagération.

M. Henriette. L'auteur du procédé prétendait-il guérir tous les cancers?

M. Seutin. Non, sans doute; je ne dis pas non plus que les récidives ne sont pas plus promptes à la suite de l'emploi de l'instrument tranchant. Je ne le dis pas, car, dans tous les cas, ces expériences étaient trop récentes, elles n'avaient pas reçu la sanction du temps. Le temps après lequel la récidive peut avoir lieu est quelquefois très-long; je l'ai vue survenir après 10 ou 12 ans. Une dame est restée guérie 18 ans d'un cancer au sein; au bout de ce temps, la récidive a eu lieu du côté opposé et elle en est morte. Une autre a vu, pendant 23 ans, ses règles couler par la surface d'un cancer ulcéré du sein; elle pouvait avoir de 50 à 55 ans; si on l'avait

opérée, peut-être l'aurait-on aussi regardée comme guérie.

M. A. Uytterhoeven. M. Seutin a parlé d'une commission nommée par le Ministre pour examiner un nouveau procédé de traitement des cancers. Voici ce que mes souvenirs me rappellent : Une première commission fut organisée, j'en faisais partie. Le médecin qui se trouvait en cause l'a récusée pour des raisons personnelles à lui. Le Ministre l'a alors réorganisée, et encore une fois j'ai été appelé à en faire partie. Elle a exigé que l'opérateur fît connaître la composition de son caustique avant de se livrer à des expériences. Il n'y consentit pas, et la chose en resta là. Je n'ai aucun souvenir des expériences qui ont été faites, et je ne pense pas qu'il y ait eu un rapport.

Quant à la méthode de M. Moens (je puis le nommer, car chacun ici l'a reconnu), je pense que la manière, je dirai même l'habileté avec laquelle il manie le caustique, en fait le mérite plutôt que la composition des ingrédients dont il se sert. Ce praticien, que j'ai rencontré chez quelques malades qui nous consultaient, m'a dit qu'il ne prétendait pas guérir tous les cancéreux, mais seulement en guérir un plus grand nombre que par l'instrument tranchant. Pour ce qui me concerne, je puis assurer que toutes les personnes que j'ai opérées par l'instrument tranchant, toutes celles que j'ai vu opérer par mon père et par d'autres chirurgiens, m'ont constamment offert des cas d'insuccès. Par le caustique, au contraire, j'ai observé quelques cas de guérison. J'ai un grand regret : c'est que, à l'époque où M. Moens consentait à faire des expériences publiques sous les yeux de la seconde commission nommée par le Ministre, des obstacles s'y soient opposés. On saurait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur cette question; mais encore une fois, cela n'a pas pu avoir lieu par suite de motifs que je respecte. Cependant, je penche vers l'opinion que le caustique est préférable à l'instrument tranchant; quand un cancer du sein, dûment constaté, m'est présenté; j'opine plus volontiers en faveur du premier moyen; l'instrument tranchant me semble alors peu sûr; je ne m'en sers qu'avec répugnance et sous le poids du plus profond découragement que m'inspirent les nombreuses récidives dont j'ai vu son intervention être toujours suivie.

M. Seutin. Les souvenirs de M. Uytterhoeven peuvent lui faire défaut, mais je me rappelle parfaitement avoir fait partie de la commission avec M. Thibou. Nous nous sommes rendus chez toutes les personnes indiquées par M. Moens. Nous en avons rencontré deux en pleine récidive; d'autres étaient absentes. Nous avons trouvé un jeune homme atteint de tumeurs au coude et de cicatrices scrofuleuses; jamais nous n'avons cru qu'il était cancéreux. M. Moens avait opéré aussi comme un cancer un simple engorgement laiteux.

M. Uytterhoeven, qui était enthousiaste du caustique....

M. Uytterhoeven. Pas enthousiaste, je vous l'assure bien.

M. Seutin. Partisan, si vous l'aimez mieux, M. Uytterhoeven a reculé devant la confection du rapport, il a refusé de le faire. Aujourd'hui, il regrette qu'il n'a pas donné toute l'extension possible à la méthode de M. Moens.

M. A. Uytterhoeven. Non pas à la méthode, mais à l'expérimentation.

M. Seutin. Ne jouons pas sur les mots. M. Moens a demandé de pouvoir expérimenter son caustique. Je lui ai dit qu'il avait devant lui un champ magnifique; qu'il pouvait faire des expériences dans les hôpitaux, au grand jour, au soleil de la publicité. Or, voici comment il se conduisit. Un jour, à l'insu de tout le monde, il vint à l'hôpital Saint-Pierre et appliqua son caustique sur le sein d'une femme. Je lui demandai ce qu'était son caustique; il refusa de me le dire. Alors je lui dis : un honnête homme n'a pas de secret pour l'humanité; si vous en avez un, je ne puis me faire votre complice, je ne puis faire passer l'hôpital pour un théâtre de charlatanisme. Avant de l'appliquer encore, continuai-je, vous déposerez votre secret à la commission médicale ou chez un pharmacien; mais il faut au moins qu'on sache avec quoi vous agissez. M. Moens a trouvé bon de ne pas livrer son secret, et il est parti, emportant avec lui l'écaille de moule dans laquelle il mettait sa pâte. Il a été facultatif à M. Moens de faire des expériences dans les hôpitaux; mais les lois sont là, l'humanité aussi est là, et en présence de ces graves motifs on ne peut se laisser traîner à la remorque d'un M. Moens, on ne peut l'encourager dans cette détestable voie.

M. A. Uytterhoeven. Je n'ai fait qu'exprimer le regret que ces expériences n'eussent pas pu avoir lieu, rien de plus.

M. Kœpl. Il résulte de ce qui se fait aujourd'hui, que beaucoup de chirurgiens quittent l'instrument tranchant pour se vouer de tout leur zèle à l'emploi du caustique. Les journaux politiques se sont beaucoup occupés, dans ces derniers temps, d'un Napolitain, le docteur Landolfi, qui est maintenant en Allemagne. On raconte

qu'il a guéri à Munich un cancer au moyen d'un caustique qui contenait de l'or. Ensuite il s'est rendu à Coëthen ; là il a eu une affluence extraordinaire de monde, et il a obtenu, d'après ce qu'on dit, des succès tellement étonnants que les journaux scientifiques s'en sont occupés. Je demanderai à M. Manfrè, en sa qualité de compatriote du docteur Landolfi, ce qu'il en sait.

M. LE COMMANDEUR MANFRÈ. M. Landolfi traite les cancéreux par le chlorure double d'or et de sodium administré à l'intérieur. Localement, il applique la pâte d'Ellemund. Je crois, du reste, que les maladies qu'il guérit sont des lupus, des ulcères herpétiques, des cancroïdes, des tumeurs épithéliales. Quant au véritable cancer, je doute fort qu'il en ait guéri.

Lorsque j'ai été à Munich, j'ai appris que la dame guérie par lui avait un ulcère chancreux au visage. Or, il y a bien de la différence entre un semblable ulcère et le cancer proprement dit. A Coëthen, c'est aussi dans des cas analogues qu'il a réussi.

M. KOEPL. Pour éclairer cette question et la discuter avec fruit, il faudrait tomber d'accord sur le diagnostic et même sur la terminologie. Je ne regarde pas le cancer comme absolument incurable ; mais il faut distinguer. La tumeur épithéliale est classée par beaucoup d'anatomistes parmi les cancers ; or, une fois extirpée, souvent elle ne revient plus. Le lipôme est une tumeur de bonne nature, ne récidivant pas ; mais quelques espèces du cystosarcôme, qui s'en rapprochent assez et qui sont rangées parmi les cancers, reviennent. Il faudrait une bonne fois être fixé sur la valeur de tous ces termes, et ne pas uniquement et toujours se rapporter au microscope, qui, de l'aveu des micrographes célèbres, n'a pas une valeur absolue ; car tel élément qu'on rencontre dans le cancer peut se trouver aussi dans toute autre tumeur. C'est l'étude clinique des tumeurs, leurs caractères physiques, leur marche et surtout la promptitude de leur accroissement qui peuvent éclairer le côté pratique de la question.

M. MANFRÈ. Chez nous, quand on a affaire au cancer véritable, on constate d'abord si l'économie est envahie ou si elle ne l'est pas. Si elle l'est, on applique la maxime de nos ancêtres : *Noli tangere ;* on n'emploie ni caustique, ni opération, on redoute même les sangsues ; on en applique seulement quelques-unes si les douleurs deviennent intolérables. Lorsque l'économie et surtout le système glandulaire ne paraissent pas intéressés, nous opérons par l'instrument tranchant plutôt que par le caustique, parce que celui-ci exige plus de temps et parce qu'il est susceptible de déterminer l'empoisonnement. Le fils d'un ministre a même succombé à celui-ci. Autrefois, on faisait usage à l'intérieur du double chlorure d'or et de sodium, mais il n'a pas donné de résultats avantageux.

M. SEUTIN. J'ai opéré avec M. Crocq une dame qui portait au sein une tumeur cancéreuse du volume d'un œuf de poule. Elle guérit parfaitement. Pourtant, quelques mois plus tard, des ganglions se montrèrent dans l'aisselle et la main se gonfla un peu. Je l'envoyai en Italie. Un an plus tard, à la fin de 1851, je passe à Naples ; elle voit mon nom dans les journaux, elle me fait appeler et m'annonce que le lendemain elle va subir une nouvelle opération. La main était fortement gonflée ; la tumeur avait reparu au-dessous de la place où je l'avais d'abord extirpée. Le lendemain matin, j'allai à l'hôpital Pellegrini ; je demandai à M. Pellegrini de m'accompagner chez cette dame ; et, comme moi, il déplora que le médecin de la marine qui la traitait eût cru devoir l'opérer. Vous voyez par là, Messieurs, qu'on fait à Naples comme chez nous, et que la même incertitude y existe.

La séance est levée à huit heures.

Séance du 5 février.

Président : M. DIEUDONNÉ.
Secrétaire : M. CROCQ.

Sont présents : MM. Dieudonné, Crocq, Daumerie, Delstanche, Henriette, Koepl, Gripekoven, Joly, Pigeolet, Leroy et Thiry.

M. le professeur Virchow, de Würzburg, envoie à la Société son *Journal d'anatomie physiologique* et deux brochures. Celles-ci sont renvoyées à l'examen de M. Koepl.

M. Brierre de Boismont, membre correspondant à Paris, fait hommage à la Société de quatre volumes des *Annales médico-psychologiques.*

Ouvrages présentés :

1. Conseil supérieur d'hygiène publique. Troisième rapport général. Brux., 1853, in-8°.

2. Notes sur la naturalisation des végétaux. Broch. in-8°.

3. Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie, von Dr R. Virchow. Berlin, 1848, in-8°.

4. Die Einheitsbestrebungen in der Wissenschaftlichen Medicin, von R. Virchow. Berlin, 1849, in-8°.

5° Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medi-

cin, von R. Virchow. 6ten Bdes. 1stes Heft.

6. Annales médico-psychologiques, publiées par MM. Baillarger, Brierre de Boismont et Cerise. Années 1850, 1851, 1852 et 1853. 4 vol. in-8°.

7. Extrait du nobiliaire de Belgique concernant la famille de Kerckhove-Varent, etc., par N. J. Van der Heyden. Anvers, 1853, in-8°.

8. Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique. 1er Fascicule du tome III. Brux., 1854, in-4°.

9 à 41. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

Le premier objet à l'ordre du jour est le rapport de M. Delstanche sur la question de concours relative aux caustiques.

M. Delstanche. C'est par erreur que mon rapport a été porté à l'ordre du jour de cette séance. Avant de le terminer, je désire m'éclairer sur plusieurs points qui ne me satisfont pas pleinement. J'aurais besoin du concours de MM. Leroy et Gripekoven pour quelques points qui se rattachent à la chimie. Je suis en ce moment les expériences de M. Moens, qui sont très-curieuses. Il emploie un caustique composé essentiellement de sublimé corrosif et d'acide arsénieux; il en applique un emplâtre d'une étendue considérable, sans amener d'empoisonnement, tandis que M. Manec et les auteurs français en général, prétendent qu'on ne peut dépasser une étendue d'un pouce. La douleur n'est pas intense; elle est loin d'atteindre celle qu'on attribue au chlorure de zinc; elle permet au malade de dormir, tout au plus douze heures après l'application. Enfin, M. Orfila prétend, à ce que dit l'auteur de l'un des mémoires, que les particules toxiques sont surtout expulsées par les voies intestinales. Cela est vrai dans les empoisonnements qui se font par ces voies; mais je crois que si l'introduction a lieu par d'autres voies, par exemple par la peau, l'élimination se fait principalement par les urines. Pour le savoir positivement, je voudrais faire analyser les matières fécales et les urines des personnes auxquelles on a appliqué le caustique. M. Moens en a mis à ma disposition.

Telles sont les raisons pour lesquelles mon rapport n'est pas prêt.

M. Dieudonné. *A priori*, vous ne devez pas trouver d'arsenic dans les urines que vous ferez analyser; car pour qu'il y en ait, il devrait y avoir intoxication, et vous venez de dire qu'il n'y en avait pas. Du reste, l'arsenic, ainsi appliqué, désorganise la peau et n'est pas absorbé.

M. Delstanche. Pourtant il y a une cautérisation très-forte.

M. Dieudonné. C'est une raison de plus pour que l'absorption n'ait pas lieu.

M. Delstanche. L'arsenic peut être absorbé en quantité trop faible pour produire l'intoxication; dans ce cas, on doit le retrouver dans les urines.

M. Daumerie. N'est-ce pas justement la grande masse de substance caustique qui met obstacle à l'absorption? S'il n'y avait que le quart ou le huitième de la dose d'arsenic, il y aurait peut-être absorption; mais si elle est tellement forte que sur-le-champ il se développe une inflammation violente, alors l'absorption ne se fera pas. Je compare jusqu'à un certain point cette action à celle du calomel qui, à petites doses, donne une salivation, tandis qu'à hautes doses, il n'en donne pas. Ainsi un quart de grain de calomel quelques fois répété la détermine, tandis que 12 grains pris en une fois ne l'occasionnent pas. N'est-ce pas aussi parce que cette masse de calomel détermine une inflammation assez considérable pour empêcher l'absorption?

M. Delstanche. J'aime mieux ne répondre à tous ces arguments qu'après les expériences chimiques. Cependant je ferai observer que l'inflammation déterminée par le caustique de M. Moens n'est pas excessivement violente; le gonflement est peu considérable, et la douleur n'est pas très-forte.

M. Joly. Je ne veux pas aborder le fond de la question avant que le rapport ne nous ait été présenté. Cependant je crois pouvoir fournir quelques renseignements sur l'action du caustique, que j'emploie beaucoup à l'hôpital St.-Pierre. Encore actuellement j'en traite trois cas par ce moyen : un cancer du sein, un cancer des paupières et un cancer du nez. J'emploie un mélange de chlorure de zinc, de chlorure d'antimoine, d'acide arsénieux, de farine et d'eau. Appliqué sur la surface dénudée d'un vésicatoire, ou sur une surface ulcérée, ce caustique détermine tout d'abord une escharification du derme qui empêche l'absorption; en général les absorbants sont frappés de mort dans un certain rayon, ils sont bouchés, et il n'y a plus de pénétration. Contrairement à ce que dit M. Delstanche, je regarde le caustique comme très-douloureux; je crois cependant qu'il faut le préférer dans certains cas déterminés.

M. Delstanche. Je n'ai pas prétendu qu'il n'y avait pas de douleur; j'ai dit seulement que douze heures après l'application elle permettait au malade de se livrer au sommeil.

M. Joly. Une dame à laquelle j'ai ap-

pliqué le caustique, m'a dit avoir souffert toute la journée et toute la nuit. La douleur est intense, elle est longue, mais les malades la supportent avec courage et résignation, et généralement ils préfèrent le caustique à l'instrument tranchant. La profondeur de l'escharre est en raison de l'épaisseur de la couche de caustique; elle peut atteindre 2 centimètres, si cette couche a deux ou trois millimètres. Si, quand l'escharre est encore molle, on applique une nouvelle couche, on obtiendra le lendemain une escharre plus profonde du double, de sorte que l'on peut de cette façon détruire la glande mammaire en entier.

M. Delstanche. M. Moens ne fait aucun mystère de son caustique, et il en aurait publié la formule, si on ne l'avait pas tant tracassé. Du reste, ce n'est pas la composition du caustique qui fait son succès; c'est l'habileté de l'opérateur. Tous les jours, comme l'a dit M. Joly, il réapplique une nouvelle couche, en raclant celle qui s'y trouvait. Il l'applique avec une hardiesse remarquable; et on voit même les ramifications que le cancer projette dans les tissus, être poursuivies par l'action du caustique.

M. Koepl. Vous dites que l'on voit les ramifications cancéreuses se dessiner?

M. Henriette. Oui, vous les voyez se dessiner sous la forme de lignes qui s'irradient à travers les tissus sains. Le caustique attaque ces lignes, en respectant les tissus sains, et ainsi on peut les suivre à travers ceux-ci.

M. Delstanche. On a poursuivi ce malheureux M. Moens de toutes les manières; on l'a persécuté; pourtant il ne mérite pas ces attaques, et en expérimentant selon son procédé, on arrivera, j'en suis sûr, à de bons résultats.

M. Joly. Je puis certifier qu'on lui a offert les conditions les plus avantageuses; il ne les a pas acceptées, et il n'a pas voulu indiquer la composition de son remède.

M. Henriette. Je dis qu'il n'a jamais été mis en position de faire l'application de son moyen. Il est vrai qu'une commission a été nommée dans ce but; mais dans cette commission figurait un chirurgien d'hôpital qui avait contre lui de fortes préventions, et qui s'était exprimé sur son compte en termes violents. M. Moens a demandé que cette personne ne fît pas partie de la commission. On n'a pas voulu souscrire à ces conditions; cependant la commission se réunit quelquefois, mais elle ne fit rien de définitif.

M. Thiry. Le caustique de M. Moens est un remède secret dans toute l'acception du terme. Or, je dis que l'homme qui a un secret pour l'humanité, est un homme sans cœur, sans sentiment, sans dignité. On vient de faire allusion à un chirurgien qu'on n'a pas nommé; quel est ce chirurgien? Déchirons le voile, Messieurs, et disons que celui dont on a voulu parler est notre honorable collègue M. Seutin. Il a dit à M. Moens : si vous possédez un remède qui peut être utile à l'humanité, et si vous êtes médecin et non charlatan, vous me le révélerez. Je vous promets que votre secret sera gardé autant qu'il le faudra pour que vos intérêts ne souffrent pas; et je ne vous demande qu'une chose, c'est d'empêcher qu'une foule de malheureux ne continuent à succomber à une mort terrible, inévitable. Sans répondre à la question qui lui était si catégoriquement posée par le chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre, M. Moens se rendit auprès de la malade qui se trouvait en traitement, et lui appliqua son caustique. Quelques instants après, il rentra avec M. Seutin à la salle de garde, et ce dernier lui demanda de nouveau s'il était enfin décidé à lui faire connaître son secret, en s'entourant de toutes les garanties voulues pour que ses intérêts ne soient pas lésés. M. Moens refusa positivement. C'est alors que notre honorable collègue, dominé par un sentiment d'indignation que tous vous comprendrez, prononça ces paroles : Allez, Monsieur, sortez d'ici! Car je ne tolérerai jamais que le charlatanisme envahisse nos hôpitaux, les fasse servir à satisfaire ses vues mercenaires, et y cherche un appui pour exploiter l'humanité. M. Seutin, je me le rappelle parfaitement, a fait partie d'une commission chargée de constater les résultats obtenus par M. Moens. Il a fait des recherches, et il a trouvé, non pas trois ou quatre insuccès, mais une foule de personnes qui, proclamées guéries dans les journaux, avaient succombé à la récidive deux ou trois ans après l'opération. Voilà pourquoi il a conçu de ce moyen une opinion peu favorable. Il n'y a pas longtemps encore, la femme d'un général est morte à la suite de la récidive, après s'être laissé appliquer le caustique.

M. Delstanche. Elle est morte cinq ans après l'opération.

M. Thiry. Pour répondre à cette observation, je vais vous citer un fait. M. Dieudonné connaît comme moi une dame qui porte un cancer depuis plus de cinq ans; elle n'a jamais été opérée; elle est encore en ce moment dans une position très-satisfaisante. Dans les derniers mois

de l'année 1853, j'ai enlevé, pour des affections réputées cancéreuses, trois seins; les opérations ont complétement réussi; mais qui oserait répondre que d'ici à un an, à 18 mois, à deux ans, le mal n'aura pas reparu? En 1846, les idées de Tanchou avaient fait de nombreux prosélytes, elles étaient en vogue; et je traitais avec M. Seutin une dame de Mons atteinte d'un cancer au sein; nous employâmes les moyens indiqués par Tanchou, et pendant six à sept mois j'obtins des résultats en apparence assez satisfaisants. Un an après, cette femme était morte.

Je vous cite ces faits, messieurs, pour vous prouver qu'avec toutes les méthodes on peut proclamer des succès obtenus dans le traitement du cancer, mais qu'avec toutes aussi le temps vient les démentir. Ce qui arrive à tout le monde arrive également à M. Moens.

Dans tous les cas, je proteste contre les remèdes secrets; je ne crois pas que nous devions nous occuper ici de ceux qui les mettent en usage, ni discuter leurs prétentions : car ils pourraient profiter de ce qui se dit dans cette enceinte pour se faire valoir dans le public, pour servir d'aliment à leurs réclames. M. Moens a toujours placé sur le même rang toutes les maladies du sein, cancéreuses ou non, et c'est à cette absence de diagnostic qu'il doit plusieurs de ses prétendus succès. Il les fait valoir bien haut, mais il ne parle jamais de ses revers, il ne dit jamais dans combien de cas est survenue la récidive. Du reste, à quel moment vient-on nous entretenir de tout cela? Au moment où le charlatanisme dresse toutes ses batteries, où il se montre plus effréné et plus ardent que jamais, où les journaux politiques sont pleins d'annonces et de réclames médicales, au moment où des membres de la noblesse écrivent qu'un Napolitain voyageant en Allemagne a guéri 1,200 cancéreux par des moyens à lui seul connus. Oui, messieurs, c'est un pareil moment qu'on choisit pour remuer ici toutes ces turpitudes, pour s'occuper du charlatanisme et lui délivrer en quelque sorte un bill d'indemnité!

Je pourrais encore vous citer une dame opérée naguère par M. Moens, et comptée sans doute parmi ses succès. Elle était atteinte d'un cancer dur, non encéphaloïde; elle se trouve encore maintenant en apparence dans des conditions assez favorables, mais aux yeux d'un praticien exercé, elle porte déjà tous les signes avant-coureurs d'une récidive imminente.

M. Henriette proteste qu'il n'a aucunement eu l'intention d'attaquer M. Seutin.

M. Dieudonné. Puisqu'il a été ici question de M. Moens, je dois déclarer qu'il est vrai que ce médecin fait un secret de son remède; et cela est tellement vrai que dans le temps (en 1847) il avait proposé de présenter à une commission à nommer par la Société les malades opérés par lui; à cette époque il se faisait fort de guérir la moitié des cancéreux qu'on lui présenterait. La Société, avant d'accepter cette proposition, fit demander à M. Moens de communiquer à la Commission, sous le sceau du secret, le moyen dont il se servait; mais il n'a pas voulu donner la composition de son caustique, dont il prétendait faire un remède secret. Dans cet état de choses, on n'a pas cru devoir s'en occuper pour ne pas fournir matière à réclames. Je crois aussi devoir appeler l'attention de M. Delstanche sur un mémoire publié dans notre journal, en 1847, par M. le docteur Serré, d'Arras, sur les caustiques arsénicaux (1). Il trouvera là des documents sur leur emploi et sur l'existence de l'arsenic dans la sécrétion urinaire.

M. Crocq lit son rapport sur le mémoire de M. Horst Bretschneider, de Gotha, sur les fractures de la rotule. Les conclusions, tendant à remercier l'auteur, sont adoptées. (Voir le rapport de M. Crocq à la page 329).

M. Koepl lit le rapport suivant sur les travaux de M. Wenzel Gruber, prosecteur à l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.

Messieurs,

Dans la séance du mois de décembre vous avez bien voulu me charger d'un rapport sur deux ouvrages de M. le docteur Wenzel Gruber, premier prosecteur de l'Institut anatomique de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, conseiller aulique, chevalier de l'ordre de Sainte-Anne de 3e classe, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

Le premier ouvrage, de 160 pages, petit in-folio avec 11 planches, portant pour titre: *Abhandlungen aus der menschlichen und vergleichenden Anatomie*, c'est-à-dire, « *Traités sur différents sujets de l'anatomie humaine et comparée.* »

Le deuxième, est une brochure de 14 pages avec une gravure, extraite du Bulletin de la classe physico-mathématique de l'Académie impériale des Sciences de Saint-Pétersbourg, et portant pour titre: *Beschreibung zweier neuen Bänder am Schädel des Mensches:* Description de deux

(1) Journal de la Société, tome IV, année 1847, pages 411 et 484.

nouveaux ligaments du crâne de l'homme.

Le principal de ces deux envois de l'honorable auteur contient un recueil de 8 traités ou mémoires, dont je tâcherai de vous donner une esquisse succincte:

Le premier traite: *a.* De quelques particularités ostéologiques du crâne humain, qui imitent le type animal. L'auteur a découvert, sur le crâne d'un homme de 30 à 40 ans, un rudiment de la tente osseuse antérieure du cervelet, dont l'existence au pourtour de la selle turcique n'a été reconnue par Cuvier et constatée par Brandt que sur le crâne du *Rhinoceros tichorhinus.*

b. Des apophyses extraordinaires de l'os du palais, du frontal et du maxillaire supérieur, qui sont destinées à remplacer la face orbitaire de l'ethmoïde, comme cela se voit sur les carnivores.

c. De l'union insolite de la portion écailleuse du temporal avec le frontal, moyennant une apophyse particulière, comme sur les singes.

Le deuxième mémoire du recueil a pour sujet l'os interpariétal des mammifères en général, et en particulier celui découvert sur les *Quadrumana, Carnivora, Marsupialia* et *Glires*, et le *Tapirus indicus.* Pour se livrer à ces recherches, dont le but était de confirmer les découvertes déjà faites par d'autres et d'en faire des nouvelles sur les espèces non encore étudiées dans ce sens, l'auteur a passé en revue *ad hoc* 6 à 700 crânes de mammifères. Il a constaté le premier la présence de cet os sur: *Ateles paniscus? Enhydris lutris, Viverra Rasse; Rhyzaina tetradactyla; Galidia concolor; Petrogale lateralis; Myrmecobius fasciatus; Petromys typicus; Sminthus vagus; Myodes socialis, lagurus* et *species, Psammomys obesus,* etc., et enfin sur le *Tapirus indicus.*

Le troisième mémoire prouve la présence des ossicules de Worms sur les mammifères, ce qui a été nié jusqu'à présent. L'auteur les a vus sur toutes les espèces de mammifères et même sur les cétacés dans toutes les sutures du crâne. Il opine que leur présence est indépendante de l'état sauvage ou apprivoisé de l'animal, comme on a voulu l'établir, car on les observe sur le chien domestique autant que sur le cheval, sur l'ours sauvage et apprivoisé, sur le bœuf comme sur le buffle, etc.

L'auteur nous livre le quatrième mémoire pour discuter le véritable rudiment de l'os lacrymal, nouvellement découvert sur le *Trichechus rosmarus* (cheval marin), et le cinquième mémoire, pour indiquer la véritable signification des nouveaux ossicules faciaux de l'ure (*Bos urus*).

M. E. Eichwald a décrit, en 1841, un fragment osseux, faisant partie de l'intermaxillaire du *Bos urus*, qu'il considère comme un nouvel os facial surnuméraire, plus quelques particularités de la cloison nasale cartilagineuse propres à cet animal. M. Gruber prouve, appuyé sur ses nombreuses recherches, que ce fragment osseux n'est qu'une ossification partielle d'un cartilage nasal, lequel se trouve constamment, et que les susdites particularités de la cloison ne sont que des anomalies accidentelles et communes au gros bétail.

Les trois mémoires qui suivent traitent différents sujets de l'anatomie humaine et présentent un grand intérêt.

Le sixième mémoire confirme certaines anomalies déjà connues du système dentaire de l'homme, et en signale des nouvelles. Ainsi l'auteur a vu quinze cas de dents prolifères, et des dents surnuméraires de forme conique, implantées dans la partie incisive de l'apophyse alvéolaire du maxillaire supérieur, ainsi qu'au palais, au facies, entre les incisives internes et dans la fosse nasale. Quant à la position et à la direction vicieuse des dents surnuméraires, coniques, nommées dents emboliformes par Carabelli, l'auteur en a vu qui étaient horizontalement placées, et même des dents normales du maxillaire supérieur, dont la couronne faisait saillie au plancher nasal. L'auteur a pu observer trois cas dans lesquels les canines permanentes n'ont pu exercer aucune action expulsive sur les dents de lait correspondantes; on a vu qu'elles ont été entièrement déviées et même séparées des dents de lait par de petites cloisons osseuses. Ces observations prouvent la justesse de l'avis émis par Hunter, qui admettait la chute des dents de lait par résorption, même lorsqu'elles n'ont pas de remplaçants, ainsi que l'erreur de ceux qui expliquent le phénomène du rechange dentaire par l'action pressive et fondante de la vésicule dentaire sur la racine de la dent de lait. L'auteur achève ce mémoire par la description de deux cas de fracture de dent suivie de guérison.

La septième partie de ce recueil contient quelques nouvelles découvertes ostéologiques. Ainsi l'auteur a réussi à trouver un nouvel os sésamoïde sur la face dorsale du pied humain, au-dessus de l'extrémité postérieure du premier espace inter-métatarsien, devant l'articulation qui réunit le premier cunéiforme au deuxième métatarsien. La connaissance de cet os, que l'auteur a rencontré sept fois sur quelques cadavres, peut être de quelque valeur, lorsqu'on pratique l'exarticulation tarso-

métatarsienne, et expliquer l'obstacle osseux qui s'oppose à l'opération à cet endroit.

M. Gruber décrit une suture surnuméraire et extraordinaire du pariétal gauche et du temporal, qui détache, pour ainsi dire, la partie postérieure et inférieure du premier, et partage en deux la portion écailleuse du second. Il prouve ensuite, que, strictement parlant, les grandes ailes du sphénoïde contribuent, ainsi que le frontal, l'ethmoïde et le corps du sphénoïde, à la formation de la fosse crânienne antérieure par des ossicules qu'on observe sur les crânes de la plupart des individus jeunes, derrière l'apophyse orbitaire externe du frontal, là où elle se réunit à la grande aile de l'os sphénoïde.

Le huitième et dernier travail est consacré à la myologie, à l'angéiologie et à la splanchnologie. L'auteur établit la terminaison constante du muscle extenseur long du grand orteil, par deux tendons; contre l'avis des principaux anatomistes, il a vu un faisceau détaché du muscle sous-scapulaire droit, ainsi qu'un muscle long palmaire double, etc. Il cite un cas où l'artère temporale profonde postérieure prenait son origine de l'artère méningée moyenne, après son entrée dans la cavité crânienne.

Aux anomalies des artères du tronc brachial, constatées sur 380 cadavres, ou 760 extrémités supérieures, et publiées en 1849, l'auteur ajoute encore une série d'observations faites sur 220 nouveaux cadavres examinés *ad hoc*. Ce nombre considérable le mit en état de dresser une espèce de statistique sur la fréquence de ces exceptions à la règle généralement admise par les anatomistes. Il en résulte que, sur 600 cadavres, les anomalies des artères des extrémités supérieures, dont l'énumération et la description consciencieuse dépasseraient les limites de ce rapport, ont été rencontrées 84 fois, 64 fois d'un côté, et 20 fois bilatérales. L'anomalie s'est rencontrée sur onze ou douze bras. Parmi les 64 anomalies unilatérales, 45 se trouvèrent à droite. Sur 1200 extrémités supérieures, l'auteur rapporte 48 anomalies de l'artère radiale, 26 de l'artère cubitale, 47 de l'artère interosseuse, 5 cas de *vasa aberrantia* et 1 de l'artère médiane superficielle de l'avant-bras.

A la fin de l'ouvrage, nous trouvons encore le récit de 2 cas de fracture de la corne supérieure du cartilage thyroïde, qui fournissent une nouvelle preuve du défaut de reproduction de la substance cartilagineuse. La réunion plus ou moins complète s'opéra par le dépôt de matière *osseuse* dans le périchondre. Il me reste encore quelques mots à dire sur la seconde brochure. L'auteur y révèle sa découverte de nouveaux ligaments du crâne humain. Le premier est le ligament salpingo-ptérygoïdien. Il prend origine à la pointe ou au crochet qui se trouve à la feuille interne de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, et se rend en dedans du muscle *circonflexus palati mollis* à la trompe d'Eustache, pour s'y insérer à sa surface externe au bord arrondi de la partie cartilagineuse. L'utilité de ce nouveau ligament serait, d'après l'auteur, de tendre la paroi externe du tube et d'éviter son déplacement par l'action des muscles pétro-salpingo et spléno-salpingo-staphylinus, de retenir l'extrémité de la trompe dans une attitude fixe et constante, et de traîner plus en dehors son bord supérieur, ce qui assure à son ouverture pharyngienne l'obliquité nécessaire.

L'autre ligament, appelé *pterygo-petrorum*, se trouve à la base du crâne, se détache de la surface inférieure du rocher, près de la partie antérieure de la circonférence externe de l'ouverture inférieure du canal carotidien, et se rend à la fosse ptérygoïde pour se fixer à la feuille interne de l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Ce ligament modifie l'action et la direction du muscle ptérygoïdien interne, sert de ligament accessoire à l'articulation temporo-maxillaire, protége les nerfs et les vaisseaux et empêche l'artère carotide interne de comprimer l'artère méningée moyenne ainsi que les ramifications de la troisième branche de la cinquième paire.

Messieurs, pardonnez-moi la longueur de cette analyse, qui donne à peine une idée des richesses contenues dans les ouvrages de M. Gruber.

Ma tâche de juge et de critique est singulièrement abrégée et simplifiée par la nature des découvertes, par la valeur presque mathématique des faits constatés et par l'étendue des connaissances d'anatomie humaine et comparée que révèle chaque ligne des travaux de M. Gruber soumis à notre appréciation. Il ne s'agit pas, dans ce cas, de contrôler la réalité et la justesse des observations et des conclusions que l'auteur en tire. Il a consigné ce qu'il a vu, et tous ceux qui veulent voir ce qu'il a vu, n'ont qu'à répéter ses recherches avec le même courage et la même ardeur. Cet ouvrage ne contient ni hypothèses, ni élucubrations subtiles. Passez, Messieurs, dans le musée ou dans le laboratoire de M. Gruber, comme j'ai pu le faire lorsque la Russie n'avait pas encore enlevé ce savant distingué à sa patrie, et

l'auteur vous prouvera, pièces en main, par ses collections et par ses préparations admirables, tout ce qu'il avance dans ses écrits. L'adresse manuelle artistique de l'auteur est à la hauteur de son esprit observateur et investigateur.

L'auteur se place par ses travaux, qui portent le cachet d'un zèle infatigable et d'une persévérance intarissable, sur le véritable point de vue des sciences naturelles. Il cherche et il trouve, non sans peine et labeur, les phénomènes de la nature animale et les compare entre eux; il en signale l'analogie et les différences morphologiques. C'est ainsi qu'il entasse fait sur fait, observation sur observation, et il parvient, sans se préoccuper d'abord de la portée pratique de ses découvertes, à enrichir nos connaissances positives, à relever un coin du voile dont la nature aime à cacher ses bizarreries, tout en restant dans les limites d'une production normale.

On pourrait se demander à quoi aboutissent toutes ces recherches laborieuses? quelle est l'utilité de la découverte de l'os interpariétal du tapir ou de quelque déviation artérielle ou musculaire? Je répondrai à cela : poursuivre et trouver le vrai est toujours utile; établir un fait ignoré jusqu'à présent, c'est poser la première pierre d'un édifice dont l'architecte n'aura pas à rougir. Lorsque Galvani vit tressaillir la cuisse d'une grenouille par le contact métallique, il ne songea certainement pas que ce phénomène, inexplicable alors et apparemment insignifiant, enfanterait un jour le télégraphe électrique et autres inventions merveilleuses de l'esprit humain. Pour le moment, on pourrait contester aux découvertes de notre auteur l'intérêt pratique et leur influence sur nos connaissances thérapeutiques, mais cette objection ne saurait pas être sérieuse, attendu que M. Gruber cultive spécialement et exclusivement l'anatomie et la physiologie comparées, et n'émet nulle part la prétention de vouloir éclairer les praticiens dans l'exercice de l'art de guérir.

Le rapporteur a l'honneur, Messieurs, de vous soumettre les conclusions suivantes :

1° D'adresser des remercîments à M. Gruber pour l'envoi de ses remarquables travaux;

2° De l'engager à continuer ses envois;

3° De le nommer membre correspondant de la Société.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité. En conséquence, M. Gruber est proclamé membre correspondant de la Société.

M. Crocq, en son nom et au nom de MM. Rieken et Perkins, fit un rapport sur le mémoire de M. Heyfelder, fils, sur la structure des ganglions lymphatiques (1). Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité, et M. Heyfelder est inscrit sur la liste des aspirants au titre de membre correspondant.

La séance est levée à 8 heures.

(1) Voir ce rapport dans notre cahier de mars, page 266.

IV. VARIÉTÉS.

De quelques préjugés en prose et en vers contre la médecine; par M. Pierre Bernard.

I.

Un jour, Molière parut dévier de son bon sens invariable et de son équité profonde. — Le divin Homère sommeillait bien quelquefois! — C'est le jour où il composa cette chose si triste et si joyeuse qui s'appelle : Le *Malade imaginaire*. Là, Béralde s'exprime au sujet des médecins avec non moins d'emportement et d'indignation que Cléante ne le fait, dans *Tartufe,* contre ce cuistre et ses hypocrisies. Écoutez : c'est Molière lui-même qui parle sous le masque, et que dit-il?

« Je la trouve (la médecine) une des plus grandes folies qui soient parmi les hommes; et à regarder les choses en philosophe, je ne vois pas de plus plaisante momerie, JE NE VOIS RIEN DE PLUS RIDICULE QU'UN HOMME QUI VEUT SE MÊLER D'EN GUÉRIR UN AUTRE. »

Est-ce clair? Oui, et si clair qu'il n'est presque plus digne d'un homme loyal, sincère et franc comme Béralde prétend à l'être, d'ajouter : « *Je ne prends point à tâche de combattre la médecine;* CE QUE J'EN DIS N'EST QU'ENTRE NOUS... (Le bon secret de la comédie!) Ce ne sont point les médecins qu'il joue (Molière), mais le ridicule de la médecine. » O Molière! vous trouvez tout simple un homme qui veut corriger les mœurs d'un autre *ridendo* (en riant), et vous proclamez ridicule celui qui veut soulager son semblable, je ne reconnais là ni votre esprit philosophique, ni votre charité.

Pour en revenir à la pièce : Tout ce que Béralde peut et veut réellement faire en faveur des médecins, c'est de les diviser en deux classes, celle des imposteurs et celle des dupes : « Il y en a parmi eux qui sont eux-mêmes dans l'erreur populaire dont ils profitent; et d'autres qui en profitent sans y être. » Cette division une fois établie, le jugement est rendu, le jugement de Molière! justice est faite! la justice de Molière! Et pourquoi cela? A regarder les choses en philosophe, je n'y vois pas de raison plus vraisemblable, plus plausible que celle-ci : Molière portait au cœur une maladie incurable; il était jaloux, donc « il n'y a rien de plus ridicule qu'un homme qui veut se mêler d'en guérir un autre. » C'est la bergère du prologue, une coquine (langage du temps), qui a si bien appris à parler qu'en désapprenant sans doute l'innocence et l'honnêteté, c'est la bergère du prologue, disons-nous, qui nous donne le véritable secret du courroux de l'auteur :

Votre plus haut savoir n'est qu'une pure chimère,
Vains et peu sages médecins.
Vous ne pouvez guérir par vos grands mots latins,
La douleur qui me désespère ;
Votre plus haut savoir n'est que pure chimère.

Ce qui nous étonne beaucoup, c'est que Molière, observateur si pénétrant et si juste des choses morales, ait pu adopter, dans l'ordre physique, cette maxime des simples déclamateurs : La nature se suffit à elle-même. — *Béralde :* « La nature d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée. C'est notre impatience, c'est notre inquiétude qui gâte tout, et presque tous les hommes meurent de leurs remèdes et non pas de leur maladie. » — Eh bien! il eût été plus conforme au génie de l'auteur de s'arrêter à ces mots : C'est notre impatience, c'est notre inquiétude qui gâte tout. En effet, peu d'hommes donnent aux remèdes le temps de les guérir, et meurent pour cela, et par cela même de leur maladie. Nous en appelons sur ce point à l'expérience, non pas des médecins, mais des plus vulgaires observateurs.

En résumé, Molière, atteint d'un mal moral qui le minait, s'emportait contre la médecine, et croyait au théâtre pour guérir de la jalousie : Pauvre humanité même chez les plus grands hommes!

Il nous semble que l'abus du mot nature est le trait le plus marqué de la littérature et de la philosophie, après l'apparition et la vogue de J.-J. Rousseau. Nature est devenue le nom synonyme de toute perfection physique et morale. « *Tout est bien sortant des mains de la nature.* » En vérité !

Tout, sans exception, tout est bien à ce compte-là ; car tout sort des mains de la nature, *alma parens rerum :* L'air et les miasmes, les trombes et la rosée, le chaud et le froid, la création et la mort. L'école de la nature, sous prétexte de nous ramener à la sensibilité, nous a donc conduits au scepticisme plus directement, plus réellement que ne l'a fait — quoi qu'on en dise — le génie de Voltaire, de *cet homme d'un tact si sûr, d'une raison si parfaite* (1).

Depuis ce temps-là, il y a dans le sens général — sens toujours médiocre, obtus ou distrait — une sorte d'opposition entre la nature et la médecine, comme si la seconde était née de l'inobservation et du parfait oubli de la première.

Les esprits forts, c'est-à-dire les esprits ordinaires, ne sauraient imaginer un homme de la vraie nature ayant vraiment besoin d'un médecin de la Faculté royale, nationale ou impériale de médecine.

Qu'est-ce que c'est qu'un homme de la nature? Avez-vous jamais rencontré un homme de la nature; en cas de rencontre, vous en êtes-vous bien trouvé? — Peu importe, Rousseau avait dit : Le reste a cru penser. Panurge... les moutons sautèrent.

Allons au vrai sans déclamation : enfant, homme fait, vieillard, il n'est pas le moins du monde *naturel*, il est même fort extraordinaire de se bien porter. Nous voulons bien que cela remonte à la chute du genre humain, au péché originel. Mais la cause d'un fait ne le supprime pas apparemment parce qu'il l'explique et le motive. Donc il est naturel de se mal porter et de même que l'homme doit manger son pain à la sueur de son front, de même il ne devra la conservation de sa vie qu'à l'hygiène, à la médecine, à la thérapeutique.

— Ducis, dans une épître à sa mère, s'exprime ainsi :

Le franc, le sensible *Voisin*
Qui laisse faire, sans injure,
Mais, en l'observant d'un œil fin,
La médecine et la nature,
Marchant toujours avec mesure,
Auprès d'elle et sur son chemin.

Je vous le disais bien : Voisin est réputé homme sensible, parce qu'il laissait faire sa médecine à la nature, médecine heureuse et commode qui permettrait de prendre ses inscriptions et son grade à la grande Chaumière. Dans cette école, on n'aurait pas manqué d'interpeller Broussais en ces termes : « Tu tires du sang, bête

(1) Richerand.

féroce, et qu'en veux-tu faire, etc., etc. »

Au même ordre de déclamation et de progrès se rattache la doctrine qui proscrit le quinine, sous prétexte que la fièvre est un effort salutaire de la nature.

— La distinction que Molière s'imaginait avoir faite entre la médecine et les médecins, a été tenté par *Hauteroche*, dans *Crispin médecin* :

DORINE.

En vérité, tous tant que vous êtes de médecins, vous n'êtes guère d'accord ensemble : votre science est bien incertaine et vous y êtes les premiers trompés.

MIROBOLAN.

Cela arrive quelquefois, mais ce n'est pas la faute de la médecine.

DORINE.

Il faut donc que ce soit la faute des médecins, puisque ce n'est pas la faute de la médecine.

MIROBOLAN.

Cela peut être vrai ; mais Dorine, ce n'est pas là ton affaire.

DORINE.

Non, mais j'en puis dire mon sentiment ; et puis, si ce n'est pas mon affaire aujourd'hui, ce le sera quelque jour en dépit de moi.

Les servantes de 1674, pour ne savoir ni lire ni écrire, n'en raisonnaient pas moins sensément. « Si ce n'est pas mon affaire aujourd'hui, cela sera quelque jour en dépit de moi. » Oui, car il en est de la médecine, en ce monde, comme de la justice ; *venit*. Elle vient quelquefois d'un pied boiteux, mais elle vient, cela est dans la nature. Voilà pourquoi l'indifférence des journaux, en matière d'annonces, est dangereuse et coupable. Dorine leur dirait là-dessus de bien belles choses qu'ils ne publieraient pas.

— Attribuer au hasard les succès obtenus par l'habileté, le dévouement du médecin au malade ; imputer à l'ignorance du même les revers, la fatalité de sa maladie même, c'est là le pont aux ânes, en quelque sorte : que de gens y passent. Dans une comédie intitulée : l'*Aveugle clairvoyant* (1716), le médecin s'appelle l'*Empesé*. Il est tout stupéfait d'avoir guéri un mal d'yeux avec une eau faite pour peler le visage. Son valet lui répond :

Ce n'est que par hasard qu'agit la médecine.
Parmi ces *qui pro quo* souvent si dangereux,
Il peut s'en rencontrer entre mille un heureux.

Les valets et les soubrettes ont, en général, des opinions très-nettes, très-arrêtées et très-hostiles aux médecins, sur le théâtre. — Hum ! ces *fripons* et ces *carognes* (théâtre ancien) ont bien leur raison pour cela, et quelle est cette raison ?... D'abord, le médecin ordonne : c'est un maître de plus. Et puis il empêche souvent le jeune maître d'hériter et de dissiper les économies de l'ancien. Et puis le médecin ne s'appelle jamais ni Valère, ni Léonce, ni Léandre, ni Dorante, ni Clitandre, noms significatifs et qui sonnent l'or du côté pile et du côté face : l'expédient.

Un homme d'administration, et par conséquent très-sûr de son fait, disait un jour à son médecin, pour le remercier sans doute : Le hasard vous donne de bien beaux, de bien doux succès. — Oui, répondit le médecin, nous sommes en vérité, et de par vos règlements, Monsieur, dans un monde admirable : la médecine y guérit par hasard, et la chirurgie par enchantement !

— Cette réponse nous conduit assez naturellement à nous occuper de la réplique du seigneur Almaviva au docteur Bartholo. Et d'abord, celui-ci n'est pas médecin, en bonne conscience ; il est tuteur et il est jaloux : voilà le fait. Jamais un homme sérieux de la profession n'aurait dit en parlant de son art : « un art dont le soleil s'honore d'éclairer les succès. » Dans la réalité, le soleil, comme source de la chaleur et comme auteur du beau temps, se voit honoré par la foule et par les ingrats de plus d'une guérison due aux efforts les plus savants, aux combinaisons les plus froides et les plus sûres du génie. Dans la réalité encore, le soleil ne fera que rendre la mort la plus naturelle plus invraisemblable. Un enfant, une jeune fille qui meurent par une belle matinée de printemps, quand le soleil se lève..., n'est-ce pas toujours la faute, la faute éclatante de la science et de son ignorant interprète ? Bartholo s'exprime donc comme un charlatan, sans réflexion et sans expérience. Le comte Almaviva n'est pas tenu de savoir ce qu'il dit pourvu qu'il ait le dernier mot contre le médecin et la médecine, cet art « dont la terre s'empresse de recouvrir les bévues. » — La médecine, libre d'elle-même, n'aurait qu'un but après la mort : chercher, sans empressement, mais avec pudeur, les causes de la mort, et d'une erreur souvent inévitable dans le passé faire une garantie infaillible dans l'avenir. — Almaviva se trompe : c'est la passion qui s'empresse de recouvrir ses bévues pour en commettre de nouvelles ; c'est ainsi que l'amant de Rosine est pressé de devenir son mari. — Don Juan est bien moins téméraire de suivre le commandeur.

— A propos d'Almaviva et de Don Juan, avez-vous rencontré beaucoup de médecins petits maîtres, faisant de la médecine à la mode ? Il paraît que la rencontre était possible vers 1764. Nous trouvons dans le *Cercle* de *Poinsinet*, le passage suivant :

LISIDOR.

Des bols de savon!

LE MÉDECIN.

Oui, Monsieur, c'est un spécifique divin, que depuis deux ans je réussis à mettre à la mode. Les anciennes drogues dont nos ancêtres faisaient usage pouvaient convenir à leurs santés robustes et grossières; mais aujourd'hui tout doit être soumis aux lois de notre délicatesse et de nos grâces. Voudriez-vous, par exemple, que je déchirasse l'estomac d'une jolie malade avec du *miel aérien*, qui ne purge que par indigestion?

L'ABBÉ.

Oserai-je vous demander, Monsieur, ce que c'est que du miel aérien?

LE MÉDECIN.

C'est de la manne, M. l'abbé, c'est de la manne.

LISIDOR A LUCILE.

Le ridicule personnage!

CIDALISE.

Plus je l'entends, plus il m'enchante.

Lisidor et Cidalise! Voilà le monde entier en deux personnes; voilà ce qu'il pense, ce qu'il éprouve et ce qu'il exprime au même moment sur un même individu. Soyez grave et sensé : Le ridicule personnage, s'écrie Cidalise; changez-moi ce M. l'*Empesé*, appelez-m'en un autre! Plus je l'entends, plus il m'enchante, dit Lisidor, et vive Esculape ressuscité! — Soyez au contraire d'aimable compagnie et de vive ou spirituelle humeur. Le ridicule personnage, répète Lisidor à son tour; plus je l'entends, plus il m'enchante, réplique Cidalise! — Tenez, nous portons le défi le plus éclatant au médecin le plus irréprochable, de contenter à la fois son malade et l'entourage, le petit cercle de son malade. — C'est à ce point, dans le cours ordinaire des choses, que la première lettre du malade, dans une maladie, est en faveur de son médecin; ce qui lui reste de force est pour lui-même.

Le médecin du *Cercle* ne faisait, après tout, que se mettre au niveau de la compagnie; il prenait, en homme du monde, le ton de la conversation générale. Il ne disait pas des choses si extravagantes! Voyons, qui de nous ne veut être soigné, traité, guéri un peu à la mode? Qui de nous subirait l'huile de ricin avec la possibilité de l'eau de Pullna et de telle et de telle limonade? Ce ne sont pas toujours les *jolies malades* qui se montrent les plus difficiles de ce côté-là : beaucoup d'hommes sont femmes et même un peu moins : enfants.

La citation de Poinsinet prouve une chose, et cette chose est un doute. Convient-il au médecin de se départir de la gravité professionnelle, pour avoir, au besoin, autant et plus d'esprit que le premier venu? — L'esprit pose si dangereusement les hommes dont l'état même est d'en avoir, que nous ne conseillerons pas volontiers d'en montrer aux hommes qui n'y sont pas tenus absolument.

(*La suite au prochain N°.*)

CONSERVATION DES SUBSTANCES ANIMALES ET VÉGÉTALES, A L'ÉTAT FRAIS, SANS ALTÉRATION DE COULEUR, DE SAVEUR ET D'ODEUR; par M. LAMY, de Clermont-Ferrand.

L'Académie des sciences sera appelée à examiner, dans une prochaine séance, les résultats d'une découverte qui paraît être d'une haute portée. Cette découverte est appréciée ainsi dans le *Journal du Puy-de-Dôme*, numéro du 12 février dernier :

« On nous avait parlé, depuis quelque temps, d'une invention faite par M. Lamy, ancien professeur de l'Université, au sujet de la conservation des fruits et des viandes.... Nous avons vu chez lui des échantillons des fruits et des légumes les plus délicats, tels qu'abricots, prunes, cerises, raisins, fraises, framboises, melons, asperges et petits pois, exposés en plein air ou renfermés dans des caisses accessibles à l'air, depuis la dernière récolte, c'est-à-dire depuis plus de six mois, quelques-uns depuis deux ans, sans la moindre ride, avec leur velouté, et dans un tel état de conservation, qu'on eût juré qu'ils venaient d'être détachés de leurs tiges.

» Ayant eu la curiosité de goûter quelques fruits, nous nous sommes convaincu que leur saveur n'avait été nullement altérée par le procédé de conservation, en tenant compte, bien entendu, de la différence des saisons.

» M. Lamy nous a montré un gigot de mouton, un lièvre, plusieurs grives, quelques cailles et perdrix qu'il garde depuis dix-huit mois à deux ans, dans le plus parfait état de conservation; et, par son procédé, dit-il, on peut conserver des tranches de fruits ou de légumes, comme des montagnes de denrées, des parcelles de viandes, comme des moutons et des bœufs tout entiers.

» Le procédé appliqué à la conservation de la betterave, loin de lui enlever ses propriétés saccharines, tendrait à les augmenter, puisque le jus qui en provient marque 15° au pèse-sirop, et donne naissance à des cristaux volumineux et parfaitement diaphanes.

» Appliqué à la conservation de la pomme de terre, non-seulement le procédé

ne lui enlève pas la propriété germinative, mais il la rend au contraire plus vigoureuse, et les tubercules qui en proviennent sont parfaitement sains : M. Lamy a observé que le tubercule qui se trouve attaqué par l'*oïdium tuckeri* se durcit, dans la partie infectée, tandis que la partie saine se dessèche, et une espèce de pellicule se forme entre la partie saine et la partie malade.

» Pour complément, M. Lamy nous a assuré que le prix de revient affecté à la conservation de chaque chose est presque nul. »

J'ai vu la viande cuite et crue, les légumes et les fruits conservés, j'ai goûté l'un de ces fruits, et je puis confirmer le récit du journaliste qui n'a rien exagéré. J'ajouterai que les fruits sont pris sans aucun choix, tels qu'on les vend au marché, les uns parfaitement mûrs, les autres prématurés. Quelques-uns sont entamés par les guêpes ou les oiseaux; tous ont conservé l'aspect et les qualités qu'ils avaient au moment où on leur a appliqué le procédé conservateur.

Une pièce anatomique, un avant-bras, en partie disséqué, paraît sortir de l'amphithéâtre. Les muscles, le tissu cellulaire, les tendons, les aponévroses et les vaisseaux gardent leur teinte, leur volume et leur souplesse. Ce bras est enfermé, sous une vitre, dans une caisse en bois, mince et perméable à l'air, qui, depuis plusieurs semaines, a été scellée par mon ami le professeur Nivet.

H. Blatin, D.-M. P.
(*L'Union médicale.*)

À propos du concours de 1855. — Un anonyme demande ce que la Société entend par *bases végétales*, et si elle comprend par là les alcaloïdes seuls, ou bien les principes actifs des plantes vénéneuses, qu'ils soient neutres ou basiques. Il est évident qu'en disant *bases végétales*, la Société n'a voulu entendre par là que les principes actifs doués de propriétés basiques, en d'autres termes les alcaloïdes. Toutefois la réponse à la question proposée n'aurait que plus de mérite si les concurrents étendaient aux principes toxiques neutres des procédés généraux susceptibles de s'appliquer également à l'extraction de ces principes, d'une manière nette et précise, des matières organiques végétales ou animales auxquelles ils peuvent se trouver mélangés.

NÉCROLOGIE.

Une des plus grandes illustrations chirurgicales, et sans contredit le premier opérateur de ce siècle, vient de terminer sa longue et brillante carrière scientifique. M. le professeur Roux est mort le 23 mars, à l'âge de 74 ans, après une courte maladie, ayant conservé, jusque dans les derniers moments, toute la plénitude de ses brillantes facultés intellectuelles et sa rare dextérité. Professeur de clinique chirurgicale, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine, officier de la Légion-d'honneur, rien n'a manqué à sa gloire et à sa réputation. Il se préparait à publier un ouvrage en quatre volumes, sous ce titre : *Quarante ans de chirurgie*. Cet important ouvrage est heureusement tout rédigé, et verra donc probablement le jour dans un avenir peu éloigné. La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, jalouse de donner à l'illustre professeur un témoignage de son estime et de son admiration, lui avait décerné, le 20 juin 1846, le titre de membre correspondant.

— Le 20 mars, est mort, à Malines, le docteur P. J. D'Avoine, président de la Société des sciences médicales et naturelles de cette ville. M. D'Avoine était un praticien très-instruit et très-considéré, et connu par plusieurs publications médicales et littéraires estimables. Il n'avait que 54 ans.

— La Faculté de médecine de l'Université de Gand vient de perdre un de ses membres les plus distingués, M. le professeur Charles Teirlinck, jeune médecin de grand mérite, décédé dans les premiers jours de mars, à l'âge de 38 ans, à la suite d'une maladie de langueur.

— Sir James Wylie, qui fut bien longtemps le principal médecin de la Cour de Russie, vient de mourir à Saint-Pétersbourg. Il a légué, dit-on, à l'Empereur de Russie toute sa fortune qui était considérable. Sir James Wylie était né en Écosse en 1768. Il avait été fait Chevalier aux courses d'Ascot, en 1814, par Georges IV, alors Prince régent, et avait été aussi créé baronnet, à la demande de l'Empereur Alexandre, lors de son départ d'Angleterre.

Au moment de tirer la dernière forme, nous apprenons encore la mort d'un de nos membres correspondants, M. l'ingénieur S. B. J. Denis, percepteur des postes à Arlon. La Société lui doit un mémoire *sur le gisement et l'exploitation du diamant dans la province de Minas Geraes, au Brésil*. Il avait été élu correspondant le 5 juillet 1841.

JOURNAL DE MÉDECINE.

(MAI 1854.)

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

De l'entéropathie métallique. — Étude médicale sur les accidents causés vers le tube digestif par la pénétration lente et graduée de certaines substances métalliques dans l'organisme; *par M.* Amand Beaupoil, *docteur-médecin à Poitiers, membre associé correspondant de l'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, des Sociétés médicales de Poitiers, Tours, etc.*

Cette étude comportant un grand nombre de faits de détail, j'ai cru indispensable de suivre un ordre logique qui permît de les grouper, de les enchaîner les uns aux autres..... Je vais donc prendre le *plomb* pour *type*, et, afin de lui comparer fructueusement les accidents causés par les autres métaux, et spécialement par le zinc, absorbés de la façon toute spéciale indiquée tout à l'heure, j'étudierai successivement et avec le plus grand soin les causes de la *colique de plomb*, le mode suivant lequel cette maladie se développe, les phénomènes qui la caractérisent et conséquemment son siége et sa nature; enfin son diagnostic et son traitement, points essentiels de toute étude nosologique.

Le siége et la nature d'une maladie étant l'essence même de cette maladie, je devrai, chemin faisant, rechercher si le zinc et quelques autres métaux sont susceptibles de produire des accidents de même nature et ayant même siége que la colique de plomb. Ces considérations se présenteront naturellement, surtout à l'article du diagnostic différentiel de la colique saturnine, alors que, m'appuyant sur les données établies dans les chapitres précédents, je pourrai rapprocher ou éloigner de cette maladie toutes les autres affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance, en faire saisir les différences ou les analogies et par suite ramener au même type, s'il y a lieu, les accidents occasionnés par certaines substances métalliques autres que le plomb, le zinc, par exemple, ce que j'espère faire comprendre à la savante compagnie.

Enfin, du dépouillement des nombreux moyens de traitement proposés depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours et des matériaux de cette longue étude, surgiront, je pense, les indications curatives de la maladie de plomb et la médication la plus rationnelle pour les remplir.....

Un dernier paragraphe devra être consacré au traitement préservatif des accidents saturnins, et là encore nous aurons à comparer les autres métaux au plomb, en appréciant les moyens que l'on tend de plus en plus à lui substituer dans l'industrie et dans les arts. Nous aurons ainsi parcouru la série entière des accidents saturnins et établi leur traitement rationnel, cette ultima ratio de toute recherche médicale!

Si cette manière philosophique d'envisager les accidents occasionnés par la pénétration des agents métalliques, dans notre économie, par une absorption lente, parvient à fixer l'attention de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et lui paraît de quelque utilité, mon but sera atteint!

On n'a pas encore donné, que je sache, une *définition* irréprochable de la *colique de plomb*. A quoi bon en essayer une nouvelle, au commencement de ce travail, puisque nous n'avons pas encore présenté nos idées sur la *nature* et le véritable *siége* de cette affection, sans la connaissance desquels il n'y a pas de définition possible en pathologie.

Nous aborderons donc immédiatement l'étude des *causes* de la maladie connue sous le nom de colique saturnine, colique de plomb, vulgairement colique des peintres, etc.

Étiologie. — L'étiologie de la colique saturnine doit être étudiée sous deux chefs, à savoir : *cause déterminante* et *causes prédisposantes*. La première, manifeste, comprend l'action du plomb sur l'économie; les secondes, toujours obscures, sont souvent contestables.

Cause déterminante. — La colique de plomb reconnaît essentiellement pour cause l'*absorption du plomb*, c'est-à-dire l'introduction de ce métal à l'état moléculaire dans l'économie animale (1) et son transport vers tous les organes de l'être vivant par l'intermédiaire de la circulation générale.

Deux conditions sont nécessaires à la production de la maladie : 1° il faut que le métal soit mis en contact avec *les voies d'introduction*; 2° qu'il soit absorbé.

Les *voies d'introduction* sont le tégument animal tout entier, c'est-à-dire la peau et les muqueuses, et les tissus intermédiaires eux-mêmes dans quelques circonstances exceptionnelles. Le plomb ne peut se présenter à elles que sous l'un des états suivants :

1° *A l'état métallique* sous forme de *masses solides* plus ou moins volumineuses. — Le contact prolongé d'une plaque de plomb sur les ulcères, le séjour dans nos tissus de fragments de ce métal lancés par l'explosion des armes à feu, l'emploi de fils de plomb comme ligature chirurgicale, le voyage à travers le tube digestif de balles introduites en vue de faire cesser la colique et les invaginations, le maniement des caractères d'imprimerie, et surtout la mauvaise habitude contractée par quelques compositeurs de les mettre dans leur bou-

(1) Je dis *animale*, parce que les animaux supérieurs peuvent être atteints de la maladie comme les hommes.

che (1), etc., sont autant d'états sous lesquels le plomb métallique peut s'offrir aux voies d'introduction.

Dans quelques-unes de ces conditions, il a évidemment occasionné des accidents saturnins; mais dans bien d'autres cas, il s'est montré beaucoup plus innocent qu'on ne le croit généralement. Que n'a-t-on pas dit, par exemple, lors des funestes événements de juin? Les balles des insurgés étaient mâchées, traversées de tiges en cuivre proéminentes, le tout pour faciliter l'oxydation! On a même parlé dans le peuple de projectiles empoisonnés!! Et pourtant je ne sache pas qu'on ait signalé la moindre trace d'intoxication parmi tant de projectiles de toute nature que les chirurgiens ont dû abandonner dans les plaies.

Quelques hommes porteurs de fragments de plomb dans leurs tissus, contractent une teinte cachectique qu'il ne faut pas attribuer à une intoxication métallique, mais au trouble de l'organe, et à la prolongation de la souffrance.

2° *Dissous dans un liquide.* — La plupart des préparations saturnines sont insolubles dans l'eau, mais presque toutes se dissolvent dans les liquides organiques, en présence des chlorures alcalins et des acides naturellement contenus dans le tube intestinal de l'homme (2); quelques-unes même, regardées à tort comme insolubles dans l'eau, sont très-sensiblement solubles dans ce véhicule : la céruse (3), par exemple, s'y dissout à la faveur d'un excès d'acide carbonique; la litharge (4) et le minium (5) sont dans le même cas, grâce à la faible proportion de carbonate plombique qui les accompagne toujours, suivant M. Mialhe (6).

3° *Réduit à l'état de corpuscules solides très-ténus.* — Les composés de plomb journellement employés dans les arts, céruse, litharge, minium..., se réduisent aisément en une poussière impalpable, très-légère, que les courants d'air disséminent dans l'atmosphère avec la plus grande facilité. Les ouvriers qui fabriquent ces produits, ceux qui les broyent, ceux même qui les emploient, tels que cérusiers, broyeurs de couleurs, vernisseurs de faïence, etc..., vivent au milieu d'une atmosphère chargée de ces *poussières plombiques*.

Les polisseurs de caractères d'imprimerie s'entourent également d'un nuage de poussière métallique par le frottement du caractère contre la pierre de grès.

(1) Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* rapporte, dans son numéro de septembre 1852, le cas d'un malade du service de M. Rayer, lequel se serait empoisonné en maniant les feuilles de plomb qui garnissent les boîtes à thé expédiées de la Chine.

(2) Le sulfure de plomb paraît seul faire exception à cette règle, car il ne devient pas soluble en présence du chlorure de sodium et des acides.

(3) Carbonate neutre de plomb.

(4) Protoxyde de plomb.

(5) Oxyde rouge de plomb, mélange mal défini de protoxyde et de deutoxyde de plomb.

(6) *Mémoire sur les émanations de plomb, etc.*, lu à l'Académie de médecine, le 27 décembre 1842, et reproduit dans le N° de janvier 1844, du *Journal des Connaissances médicales*.

L'air qui entoure l'ouvrier peut être saturé d'émanations (1) de plomb par un autre mode de dissémination : la céruse, les oxydes et le chromate de plomb entrent dans toutes les peintures à l'huile, parce que, outre leurs couleurs variées, ils rendent les huiles siccatives, et forment vernis ; toutes ces préparations, innocentes quand on les mélange aux huiles fixes, deviennent susceptibles de vicier l'air ambiant d'émanations malfaisantes quand on les associe à des substances volatiles : essence de térébenthine, vernis à l'alcool, à l'éther, etc., parce que celles-ci, en se volatilisant, entraînent dans l'atmosphère une certaine quantité des particules saturnines de la peinture. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la réalité des émanations de plomb dans ce cas ; quelques-uns même la récusent entièrement, attribuant aux essences seules les accidents qui se développent chez les peintres en bâtiments. Cependant les expériences de M. Mialhe (2) ont positivement démontré la présence du composé saturnin dans l'air vicié pendant la dessiccation de la peinture à l'huile de térébenthine, et bien que cet auteur lui-même penche à expliquer les accidents par l'absorption d'une certaine quantité d'essence, nous persistons, nous, à les attribuer au plomb, et nous ajoutons que l'ouvrier entouré de cette atmosphère doit être d'autant plus exposé qu'il est souvent *enfermé* dans un appartement *chauffé*, et qu'il emploie *plus d'essence* pour produire une prompte dessiccation de la peinture. Il nous paraît d'ailleurs difficile de confondre les accidents saturnins avec l'asphyxie déterminée par l'essence de térébenthine.

4° Enfin, *réduit en vapeur à l'air libre.* — Le plomb métallique éprouve cette transformation quand on le chauffe, en vases clos, jusqu'au blanc ; mais si l'opération est faite à l'air, la plus grande partie, sinon la totalité du métal, s'oxyde et se solidifie, et l'empoisonnement de l'atmosphère par ses émanations doit dans ce cas être rapporté au paragraphe précédent. Cela se produit dans les mines et dans toutes les fonderies de plomb, de cuivre, de bronze, de caractères d'imprimerie, etc., chez les fontainiers, étameurs, potiers d'étain, orfèvres, bijoutiers, joailliers, etc., qui tous introduisent plus ou moins de plomb dans l'alliage qu'ils veulent obtenir par la fusion.

Ces différents états sous lesquels le plomb peut s'offrir aux voies d'introduction, ne sont pas également favorables à sa pénétration dans l'économie ; les diverses *voies d'absorption* ne sont d'ailleurs pas elles-mêmes susceptibles de livrer passage à une égale quantité du poison, comme nous allons le voir en les examinant chacune séparément :

L'*absorption cutanée* n'est pas bien établie ; quelques observateurs la nient même complétement, prétendant que l'épiderme doit agir à la manière d'un vernis imperméable. Mais la question n'est plus douteuse lorsque les préparations saturnines sont mises en contact avec le *derme dénudé*.

Les bandelettes de diachylon appliquées sur les ulcères, ont quelquefois donné

(1) Le mot émanations est pour nous une expression générale qui indique la *dissémination* du composé saturnin dans l'air, quel que soit, au reste, l'état dans lequel il s'y trouve et les circonstances qui ont occasionné sa dispersion dans l'atmosphère.

(2) *Loc. cit.*

naissance aux accidents saturnins, tel est le cas intéressant rapporté par le docteur Taufflieb, de Barr (1); les irrigations d'eau blanche, sur une brûlure, n'ont pas été moins funestes entre les mains de Duchesne (2). Ce fait, bien démontré du reste, paraît exceptionnel, parce que l'escarrification du derme, en s'opposant à l'absorption, doit occasionner un résultat négatif dans les cas de ce genre; et cela suffit, je pense, à expliquer pourquoi Dupuytren n'a jamais vu d'accidents produits par l'acétate de plomb qu'il employait souvent dans le traitement des brûlures.

Ces faits, et beaucoup d'autres que nous pourrions rapporter, ont depuis longtemps prouvé la rapide absorption du poison par le corps muqueux mis à nu.

Les auteurs nous semblent faire trop bon marché de la pénétration des mêmes préparations par la peau revêtue de son épiderme. Sans doute la peau rude, épaisse et peu perméable des ouvriers en plomb, doit offrir peu d'issue au principe morbifique! Mais ne voit-on pas tous les jours des effets marqués, chez les mêmes individus, à la suite de l'administration des médicaments par la méthode iatraleptique: les frictions mercurielles, par exemple! Et tous les jours aussi ne conseille-t-on pas les frictions d'iodure de *plomb* lui-même, pour fondre les engorgements de mauvaise nature!!! Il n'est pas rationnel d'ailleurs de comparer l'épiderme à un vernis imperméable. La transpiration cutanée, l'excrétion urinaire considérablement augmentée dans le bain et contenant même déjà le principe médicamenteux du bain, si ce principe s'élimine facilement par le rein (3); l'asphyxie par l'acide carbonique, le corps nu étant plongé dans ce gaz, et la respiration se faisant par le moyen d'un tuyau qui apporte de l'air pur à l'expérimentateur (4). Enfin, les faits directs de très-rapide absorption des sels de plomb par la peau intacte, ne laissent pas de doute sur la perméabilité de l'épiderme, et sur la possibilité de contracter les accidents par cette voie.

Parmi les faits de cette catégorie, nous pouvons citer le cas d'un peintre sur porcelaine, observé par nous en 1845, qui contractait la paralysie de son avant-bras droit chaque fois qu'il le plongeait dans une dissolution saturnine pour le besoin de son travail. M. Flandin a provoqué les accidents par l'expérimentation directe, en frictionnant des chiens, préalablement tondus, avec une pommade composée de parties égales d'axonge et de *sulfate de plomb* ou de céruse (5).

(1) *Gazette médicale de Paris*, février 1838.

(2) *Compendium de Chirurgie*, tome I, page 298.

(3) Avant une heure passée dans un bain d'eau de Vichy, et sans avoir bu un seul verre d'eau minérale, l'urine des baigneurs est devenue neutre ou même alcaline par la présence du bicarbonate de soude de l'eau du bain, suivant les recherches de M. Durand-Fardel, médecin inspecteur de ces eaux. Académie de médecine. Séance du 8 fév. 1855.

(4) Voyez : *De l'action du gaz acide carbonique sur l'économie animale*, mémoire lu à l'Académie des sciences, le 26 juin 1826, par C.-P. Collard, de Martigny, et inséré dans les *Archives générales de médecine*, nº de juin 1827.

(5) *Voyez* l'Académie des sciences, séance du 6 mai 1850. Je ferai remarquer, en passant, que la mort est survenue le vingt-deuxième jour des frictions avec le *sulfate* de plomb et avant qu'on en eût employé 60 grammes; tandis que la mort n'est survenue que le vingt-troisième jour avec la céruse. Les symptômes ayant d'ailleurs été à peu de chose près les mêmes, j'aurai occasion de revenir sur ce fait qui n'est pas sans importance.

D'après cela, ne pourrait-on pas expliquer la plus grande fréquence des coliques saturnines, pendant l'été, par l'absorption cutanée plus active, alors que les liquides affluant en plus grande abondance vers la peau, en entraînent plus facilement les sels de plomb, et parce que les ouvriers, se découvrant pour travailler plus à l'aise, présentent une plus large surface à l'absorption ? Ces réflexions méritent considération.

Tous les ouvriers qui vivent dans une atmosphère saturée de poussières plombiques, mais surtout ceux qui travaillent la céruse et les oxydes de plomb, ont la peau couverte de ces produits, sous forme d'une couche de *crasse*, quand ils n'ont pas la précaution de se nettoyer convenablement. Cette couche de crasse constitue un *foyer d'intoxication* très-puissant à cause de sa large surface qui est celle de la peau toute entière.

L'absorption par les muqueuses est admise sans contestation ; toutes jouissent de la plus grande activité absorbante, mais toutes ne méritent pas une égale attention ; celles de l'*œil*, de l'*oreille*, du *vagin*, de l'*urèthre*, etc., par exemple, placées profondément, et d'une étendue très-limitée, ne peuvent donner entrée au composé de plomb que dans des circonstances spéciales toutes exceptionnelles ; ainsi Backer cite l'histoire d'un homme qui fut pris de colique de plomb après quelques injections saturnines dans le canal de l'urèthre ; et il serait facile de trouver des faits analogues pour les autres muqueuses dont nous parlons. Toutefois, dans les cas ordinaires, elles absorbent à peine quelques parcelles du principe morbifique qui, au contraire, s'introduit à plein canal par les *voies digestives et respiratoires*. Celles-là, seules, méritent une mention spéciale.

L'absorption par la muqueuse digestive est, de toutes, la mieux prouvée ; l'expérience de tous les jours et surtout les expérimentations des toxicologistes modernes, l'ont mise hors de doute.

On a longtemps cru que la colique saturnine était toujours produite par l'introduction du composé de plomb dans les voies digestives avec les aliments ; si même j'ai bien compris l'argumentation de M. Martin Solon, à l'Académie de médecine, c'est encore pour lui la principale occasion du développement de la maladie : « Les ouvriers, dit-il, mangent sans avoir la précaution de se laver » les mains ; c'est là la cause la plus ordinaire de l'empoisonnement saturnin (1). » On verra que nous sommes bien éloigné de partager une opinion aussi exclusive.

Les ouvriers plongés dans une atmosphère saturée d'émanations de plomb, absorbent un peu du poison par cette voie. En effet, la salive dissout la poussière plombique que l'air met en contact avec elle et réagit sur ce composé (2) pour donner naissance à du sulfure de plomb noir, qui se dépose sur la gencive, et, sans doute, modifié dans son aspect par la couleur rosée de la muqueuse,

(1) Académie de médecine, séance du 10 juin 1848.

(2) Probablement par le sulfo-cyanure de sodium qu'elle contient. Voyez à ce sujet un travail de M. Boutigny, d'Évreux, dans le *Journal de chimie médicale*, Nº de février 1835.

gengivale, produit cette coloration bleuâtre, livide, d'un gris ardoisé (1), si remarquable chez les gens qui éprouvent un commencement d'intoxication saturnine. Cette salive est dégluttie avec les aliments imprudemment pris dans l'atelier, avec la crasse métallique qui salit les mains des ouvriers malpropres; parfois, enfin, avec des viandes cuites à un feu duquel s'échappent des émanations saturnines.

Les individus étrangers aux professions saturnines contractent le plus habituellement la colique de plomb par l'absorption gastro-intestinale. Le poison leur est fourni par l'étamage mal nettoyé des ustensiles de cuisine, par les substances alimentaires elles-mêmes (2), par l'administration à haute dose de préparations saturnines dans un but médical ou criminel, le plus souvent par erreur; par les eaux distillées, surtout celles d'oranger, conservées dans des vases en cuivre mal étamés, que l'on nomme *estagnons* (3); par les boissons frelatées, etc.

La sophistication des boissons se fonde sur la théorie suivante : le vin aigrit parce qu'il se transforme en acide *acétique*; si donc on sature cet acide par la litharge, on lui enlève son goût désagréable et, de plus, on lui communique une saveur légèrement sucrée, parce que l'acétate de plomb formé reste en dissolution dans le liquide. Le marchand a ainsi obtenu son but : remplacer le goût vert et aigre par une saveur agréable ! Cette fraude, reconnue et blâmée déjà par Jean-Jacques Wepfère, remonte à la plus haute antiquité, puisque, dès les temps les plus reculés, on faisait bouillir du raisin dans des cuves de plomb et l'on conservait le sirop, ainsi obtenu, pour le mêler au vin qui devenait aigre. A Rome, aujourd'hui encore, on chauffe certains vins, avant la fermentation, dans des chaudières de cuivre, pour voiler leur acidité naturelle trop prononcée; aussi excitent-ils souvent des coliques. M. F. Jacquot, qui rapporte ce fait dans ses lettres d'Italie, oublie de nous dire si les chaudières de cuivre sont étamées.

Le cidre, la bière, etc., sont sophistiqués de la même manière et pour la même raison (4).

(1) Cette coloration se présente toujours sous la forme d'un *liséré* occupant le bord libre des gencives. Elle n'est pas constante chez tous les malades atteints de colique saturnine, bien qu'elle puisse prendre naissance dans d'autres circonstances que dans celle qui nous occupe en ce moment, ainsi que nous le dirons ailleurs.

(2) Un exemple des plus remarquables d'empoisonnement accidentel des subsistances s'est produit, en 1849, dans les circonstances suivantes : Le plomb ayant été employé dans les appareils d'un moulin, près de la meule, a communiqué ses propriétés malfaisantes aux farines et occasionné la colique saturnine chez les habitants de plusieurs communes qui faisaient moudre à ce moulin. (*Union médicale.*)

(3) Toutes les eaux distillées, en vieillissant, deviennent acides et tendent à se combiner avec les principes salifiables des vases qui les renferment; les émaux, les verres denses et colorés eux-mêmes peuvent leur céder du plomb et ont quelquefois été l'occasion d'accidents saturnins.

(4) Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, plusieurs accidents ont été occasionnés, à Paris, par le cidre du commerce, clarifié soit à l'aide de l'acétate de plomb, soit à l'aide de cet acétate et du carbonate de potasse, et l'administration, sur le rapport du conseil de salubrité, a dû défendre le mode de clarification ci-dessus indiqué.

L'eau elle-même, conservée dans des vases ou recueillie au moyen de gouttières en plomb, est susceptible de déterminer la colique saturnine si elle a le contact de l'air, parce que le métal est oxydé à la faveur de l'humidité, transformé en carbonate de plomb insoluble, par un emprunt d'acide carbonique à l'air, et, enfin, dissous par un excès de ce même acide, comme nous l'avons déjà expliqué plus haut. Ce phénomène se produit dans tous les réservoirs alternativement vides et pleins, et Taddei rapporte qu'en Hollande, où l'on recueille les eaux de pluie dans des citernes garnies de plomb, la colique se montre endémique sur ceux qui font usage de ces eaux quand les chaleurs de l'été les ont concentrées par l'évaporation. Telle était sans doute la cause des accidents de ce genre autrefois si communs à Amsterdam et à Harlem. Telle fut également l'occasion des accidents dont les membres de l'ex-famille royale, et la princesse de Neuilly surtout, faillirent être les victimes à Claremont (1).

Le vernis des poteries de terre, de la faïence, de la porcelaine tendre, dite porcelaine d'Angleterre, etc., toujours produit par la vitrification des oxydes de plomb, peut être dissous par les vins, le cidre, etc., surtout quand ils sont aigres. Il n'est même pas besoin de ce concours de circonstances; il résulte des recherches de M. Guibourt (2) que les poteries de terre cèdent journellement une portion de leur *couvercle* au liquide que l'on fait bouillir dans ces vases, et que la proportion d'oxyde de plomb dissoute est d'autant plus forte qu'il a été employé plus de *chlorure de sodium* pour saler le liquide en ébullition.

Un roux au beurre attaque le couvercle de ces poteries et même l'étamage des ustensiles de cuisine, parce qu'il donne naissance à de l'acide butyrique.

Le cylindre à infusions, la boule en étain et bon nombre d'ustensiles de cuisine employés dans quelques ménages, peuvent occasionner des accidents saturnins parce qu'ils contiennent habituellement une trop grande quantité de plomb. Le cylindre à infusions, dû à l'imagination féconde d'un praticien très-répandu, pourra être fabriqué en argent sans grands frais, et la boule que l'on met dans le pot au feu pour faire cuire des fécules, devra être rejetée ou faite également d'une substance inoffensive.

Je dois encore rapporter au plomb quelques légers accidents que j'ai vus survenir du côté du ventre, chez un enfant, à la suite d'un lavement vinaigré administré au moyen d'une vieille seringue oxydée.

L'usage de *gobelets* en plomb peut aussi donner lieu à la formation d'un composé saturnin. M. A. Chevallier rapporte l'observation de trois marins atteints de colique de plomb dans cette circonstance : « Des renseignements » ayant été pris sur la cause de ces accidents, dit-il, on sut qu'à bord du bâtiment, les *mesures* pour la distribution du vin étaient en plomb, et l'examen de ces mesures fit voir qu'elles avaient subi de l'altération par le contact longtemps continué de l'air et du vin (3). » Nous aurons occasion de revenir sur ce fait pour expliquer la genèse des coliques végétales dites du Poitou.

(1) *Union médicale*, 29 mai 1849.
(2) *Journal de chimie médicale*, avril 1836.
(3) *Ibid.*, mars 1836.

Les marchands de vin de nos grandes villes se servent encore, malgré les ordonnances de la police, de comptoirs métalliques qui ne sont pas sans danger. Le vin répandu sans cesse sur ce comptoir, s'échappe par un trou percé vers la partie déclive et va se réunir dans un vase souvent du même métal. On conçoit facilement, dans ces circonstances, que le vin, en raison de son acidité, puisse avoir de l'action sur le métal oxydé et doive sans cesse dissoudre quelques parcelles toxiques.

Un malade, entré dans le service de M. le professeur Cruveilhier, le 7 juin 1852, avait contracté des accidents saturnins graves en buvant de la bière dans des cabarets où l'on sert les buveurs au moyen d'une pompe qui va puiser le liquide demandé dans des barils placés derrière le comptoir, ou dans une pièce voisine. La bière se trouve charriée par un tuyau de plomb, et comme elle est acide, on s'explique comment il peut se former, à l'intérieur de ce tuyau, des sels de plomb solubles qui communiquent leur action toxique à cette boisson. Les taverniers d'Angleterre et d'Allemagne se servant habituellement de cette pompe, il n'est pas sans intérêt pour l'hygiène publique de signaler ce mode d'introduction de la substance toxique (1).

Le même accident peut être produit par l'usage de rincer les bouteilles à vin ou à bière avec du plomb de chasse, et l'empoisonnement du supérieur et de huit élèves de l'établissement des jésuites de Dole, rapporté dernièrement par le *Journal de chimie médicale*, en est un exemple terrible. Souvent, en effet, on rencontre des grains de plomb enchassés entre le fond rentrant et la paroi interne de la bouteille; ils sont ordinairement dépolis et profondément oxydés, quelquefois même ils présentent de petites cavités, indice certain de l'action dissolvante du liquide sur le métal.

Les bonbons colorés avec le chromate de plomb sont la cause d'accidents qui reviennent malheureusement trop souvent avec nos fêtes de famille.

Les papiers qui enveloppent les bonbons ont quelquefois fourni assez de plomb pour produire les mêmes effets ; une portion du sucre se candit sur le papier, l'enfant le lèche et absorbe le poison avec la friandise.

Quelques enfants non moins friands de manger les pains à cacheter, ont pu s'empoisonner avec les jaunes, colorés au plomb, mais bien plus fréquemment avec les verts qui doivent leur couleur à l'arsénite de cuivre (vert de Scheele).

Le chocolat enveloppé de feuilles de plomb peut devenir dangereux s'il est longtemps exposé à l'humidité. J'ai eu occasion de donner des soins à un malade victime d'une pareille négligence. Goût styptique, nauséeux, vomissements porracés fort abondants, coliques violentes et évacuations alvines nombreuses, tels furent les principaux symptômes d'empoisonnement aigu et un peu aussi peut-être d'indigestion, présentés par cet homme, qui aurait pu contracter une véritable colique saturnine en mangeant son chocolat à petites doses fréquemment répétées.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, septembre 1852.

Nous avons déjà dit qu'il n'était pas rare de voir la colique de plomb se développer chez les compositeurs d'imprimerie qui ont la mauvaise habitude de mettre les caractères dans leur bouche.

Telles sont les principales circonstances dans lesquelles le *plomb* est *introduit* par les *voies digestives*. Malgré leur diversité, ce ne sont pourtant pas celles qui donnent le plus souvent lieu au développement des accidents saturnins.

L'absorption par la muqueuse pulmonaire est la plus large voie d'introduction du plomb dans l'économie. Tous les ouvriers qui travaillent ce métal pour les besoins de l'industrie, tels que cérusiers, broyeurs de couleurs, polisseurs de caractères d'imprimerie, fondeurs de plomb, etc.; tous les individus qui l'emploient, tels que peintres, fabricants de papiers peints, potiers de terre, parfumeurs, blanchisseurs de gants sales, à l'aide du carbonate de plomb (1), blanchisseurs de dentelles dites en application de Bruxelles (2), etc. En un mot, tous les gens qui, par leur genre de travaux, disséminent dans l'air une quantité considérable de particules saturnines, sont fréquemment atteints de coliques, parce que ces émanations, respirées avec l'air, sont entraînées dans les voies respiratoires et absorbées par la muqueuse pulmonaire. Et cela, d'autant plus sûrement, qu'elles s'offrent sous un état de division plus parfait et que leur dispersion dans l'atmosphère les présente, pour ainsi dire, isolées à la surface absorbante.

Cette ténuité extrême des molécules métalliques et leur dispersion dans l'air, mais surtout l'étendue de la surface pulmonaire, sont donc autant de conditions favorables au développement de la maladie. M. Gendrin, exagérant leur importance, regarde même comme *condition nécessaire que les molécules métalliques soient dispersées dans l'atmosphère par elles-mêmes ou par un véhicule volatil* (3). Nous ne ferons pas à MM. Gendrin et Martin Solon la mauvaise plaisanterie de rapprocher leurs doctrines pour faire sentir combien l'une et l'autre sont trop exclusives, mais nous remarquerons, avec M. Mialhe, que « la seule » condition indispensable pour qu'une substance puisse manifester toute son » action sur l'être vivant, c'est qu'elle soit portée dans la circulation générale, » n'importe par quelle voie (4), » et, contrairement à l'opinion de MM. Gendrin

(1) Voyez : *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*, 1852, page 50.

(2) M. Blanchet (Académie des sciences, séance du 6 décembre 1847), en visitant l'un des ateliers de Paris où se pratique l'apprêt de ces dentelles, a remarqué que le blanchiment s'opère de la manière suivante : Une bande de dentelle est placée dans une peau, ou simplement entre deux feuilles de papier dans l'intérieur desquelles se trouve une suffisante quantité de carbonate de plomb ou blanc de céruse, que les cérusiers connaissent sous le nom de blanc d'argent. Pour recouvrir toutes les parties du tissu de blanc d'argent, on frappe sur la peau qui le contient. Pendant cette opération, qui dure assez longtemps, l'ouvrier se trouve plongé dans une atmosphère de carbonate de plomb. L'exiguïté du local où se font les apprêts, le grand nombre d'ouvriers qui sont assemblés dans une même pièce, le peu de précautions qu'ils prennent pour se préserver de l'influence du poison, sont autant de circonstances qui viennent favoriser l'absorption des molécules saturnines et causer, le plus souvent, un affaiblissement dans les sens de la vue et de l'ouïe.

(3) *Trans. méd.*, 1835, t. 8.

(4) *Loc. cit.*

et Martin Solon, nous ajouterons que, chez les ouvriers dont il s'agit, les différentes voies d'absorption se prêtent un mutuel secours pour parvenir au même but, la manifestation des accidents qui caractérisent la colique de plomb.

Toutefois, les gens qui vivent au milieu d'une atmosphère chargée de poussières plombiques, introduisent plus de poison par les voies respiratoires que par toute autre ; et, la quantité des particules toxiques absorbée par eux, doit être d'autant plus considérable que l'atmosphère est plus saturée de ces particules.

Tout cela est trop évident pour demander de plus longs détails ; on conçevra de même, sans peine, combien est considérable l'absorption par la muqueuse pulmonaire, si l'on réfléchit d'une part à l'énorme quantité d'air ingéré chaque jour dans les poumons d'un homme, et d'autre part, à la *complète absorption* de toutes les particules métalliques mises en contact avec cette surface absorbante, c'est-à-dire de toutes celles contenues dans l'air inspiré. Cela est important à remarquer, car le poison n'agit pas en proportion de la quantité ingérée, mais bien en raison de la quantité absorbée ; de même qu'un homme n'est pas nourri en proportion de la quantité d'aliments qu'il mange, mais en raison de celle qu'il digère.

Ces réflexions nous conduisent à présumer que, parmi les ouvriers, ceux-là seront plus exposés à contracter la colique de plomb, qui respirent plus longtemps un air plus chargé de particules métalliques ; et, par suite, que tous les travaux d'une même fabrique ne doivent pas également exposer aux accidents saturnins. Ces prévisions théoriques sont d'ailleurs pleinement confirmées par l'expérience clinique : il résulte, en effet, d'un rapport fait au conseil de salubrité par le docteur Beaude, que, parmi les ouvriers cérusiers, les plus sujets à contracter la colique de plomb sont précisément ceux qui sont le plus exposés à respirer les poussières plombiques, et que les cérusiers sont plus souvent atteints de la maladie que tous les autres travailleurs de plomb, parce qu'ils respirent davantage les poussières saturnines.

Les gens étrangers aux professions saturnines contractent rarement les accidents par les voies respiratoires. Cependant, le fait seul de coucher dans des appartements fraîchement peints (1), de prendre du tabac dans une boîte en plomb, de priser une poudre conservée dans des feuilles de ce métal, ou dans du papier plombifère, etc., a suffi pour occasionner quelques légers troubles saturnins.

Les circonstances exceptionnelles qui mettent le plomb en contact immédiat avec les tissus intermédiaires aux téguments externe et interne, sont peu nombreuses et méritent à peine d'être indiquées. Ce sont les blessures par armes à feu et le séjour du projectile dans la plaie, les irrigations d'eau végéto-minérale sur des plaies, des brûlures profondes, etc., les incisions faites dans nos amphithéâtres et saupoudrées d'une substance toxique pour le seul plaisir de voir

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, tome I, page 147.

celle-ci absorbée dans le tissu cellulaire sous-cutané, les injections d'une préparation saturnine dans les veines d'un animal, etc.

Je ne prévois qu'une seule condition qui pourrait introduire le composé de plomb directement dans le système circulatoire de l'homme, ce serait l'emploi d'une seringue oxydée pour la transfusion du sang.

Telles sont les formes variées sous lesquelles le plomb s'offre aux voies d'introduction dans une multitude de circonstances. Mais, entre son *application aux surfaces absorbantes* et son *action sur l'économie*, il existe un vide que l'on s'efforce en vain de combler depuis bien longtemps, car, telle est l'insuffisance de nos moyens d'exploration, par suite de nos connaissances, que nous saisissons en général la *cause* et *l'effet* des phénomènes sans pouvoir suivre le *lien* qui les unit l'une à l'autre! La *recherche de ce lien* est de la plus haute importance pour la connaissance exacte du siége et de la nature de la maladie qui nous occupe, et peut-être, dans l'état actuel de la science, est-il possible de rattacher les signes caractéristiques de la colique de plomb à la cause qui les produit, c'est-à-dire à l'absorption du plomb, sans l'intermédiaire d'aucune solution de continuité. Examinons donc, pour essayer d'y parvenir, comment le plomb pénètre dans l'économie, c'est-à-dire, comment se fait son absorption?

Il est généralement admis qu'une substance ne peut être absorbée qu'autant qu'elle est soluble, ou susceptible de le devenir, par suite de réactions chimiques opérées dans le sein de nos organes; nous devons donc rechercher d'abord comment les différents composés de plomb, dont nous avons déjà parlé, peuvent cadrer avec cette règle générale.

Toutefois en admettant, sous l'autorité d'Orfila et de nos toxicologistes modernes, cette nécessité de la solubilité du toxique, nous faisons nos réserves; car s'il est vrai, comme je l'ai lu quelque part (1), que l'on ait trouvé des fragments de charbon dans le torrent circulatoire des mineurs de houille; s'il est bien établi surtout que l'on ait trouvé des globules de mercure métallique dans les artères et les veines des femmes mortes de métro-péritonites puerpérales, après un traitement par les frictions mercurielles faites suivant la méthode que Chaussier a le premier introduite en France; si, dis-je, ces faits se confirment, ils seront une grave induction contre la théorie que nous allons émettre d'après M. Mialhe.

Il résulte en effet des recherches de cet auteur (2) « que toutes les préparations de plomb, et le plomb lui-même, mais ce dernier seulement avec le » concours de l'air, en réagissant avec les chlorures alcalins que nos humeurs » renferment, se transforment en tout ou en partie en *chlorure de plomb*, et » en un nouveau *composé alcalin;* que le chlorure de plomb, une fois formé, se » combine avec l'excès de chlorure basique, et constitue un *chlorure double* » très-soluble et surtout remarquable en ceci, qu'il n'est *nullement précipité par*

(1) Je ne puis me rappeler où j'ai lu ce fait; il me semble cependant que c'est dans le compte-rendu d'une discussion académique.

(2) *Loc. cit.*

l'eau albumineuse. Ce dernier point est essentiel, car, sans cette propriété, le plomb ne pourrait exister qu'à l'état insoluble dans les liquides organiques. « Bien plus, ajoute M. Mialhe, le *précipité* blanc que forme l'*albumine* dans les » sels de plomb est *instantanément redissous par les dissolutions de chlorures* » *alcalins.* »

Si cette théorie est vraie, il est évident que toutes les préparations de plomb doivent être absorbées de la même façon, et, que de deux préparations différentes, celle-là devra plus vite saturer l'économie qui pourra plus tôt et en plus grande quantité fournir le *chlorure double*, en qui doivent résider les propriétés toxiques de tous les composés saturnins, puisque, en dernière analyse, tous se transforment en lui (1).

Cette théorie, qui repose sur des faits chimiques exacts et sur d'assez nombreuses expériences, mérite confiance; pourtant elle nous paraît trop générale et doit être modifiée en quelques points : ainsi tout le monde sait bien que si le composé métallique ingéré est soluble dans l'eau, il est pris directement par les vaisseaux absorbants (*vasa breviora*) de l'estomac, et de là entraîné dans la circulation générale sans avoir besoin d'être préalablement transformé en une autre préparation. Tout le monde sait encore que certaines préparations insolubles ont la plus grande affinité pour les acides phosphorique (2), lactique, etc., naturellement contenus dans l'estomac, qui servent à les dissoudre, et par suite leur permettent d'être absorbés par les mêmes vaisseaux dont nous parlions tout à l'heure, sans avoir besoin davantage de la transformation en *chlorure double* (3).

Quel que soit le mode qui facilite la dissolution aux préparations saturnines, nous tenons pour la nécessité de celle-ci, parce qu'il nous paraît impossible qu'un corps insoluble, c'est-à-dire inerte, puisse avoir une action quelconque sur les organes de l'être vivant : *Corpora non agunt nisi soluta!*

(*La suite au prochain N°.*)

COMMUNICATION RELATIVE AUX ARSÉNICOPHAGES; *par M. le docteur* KOEPL, *membre titulaire de la Société.*

MESSIEURS,

Dans notre dernière séance, après la lecture d'un rapport fait par M. Van den Corput, sur un cas d'empoisonnement arsénical, M. Perkins a bien voulu me demander si je possédais quelques renseignements sur les prétendus arsénicophages de l'Autriche. Je n'ai pu fournir alors que des renseignements fort incomplets, tout en me rapportant pour plus amples informations à deux arti-

(1) Le sulfure de plomb qui, dans nos laboratoires, résiste aux chlorures alcalins et aux acides chlorhydrique, lactique, etc., éprouve-t-il, lui aussi, la transformation en question?

(2) Le phosphate de plomb insoluble dans l'eau est soluble dans un excès d'acide phosphorique, ce qui est le cas dans lequel nous nous plaçons ici.

(3) Chloro-plombate alcalin de M. Mialhe, *Loc cit.*

cles sur les toxicophages, publiés par le docteur J.-J. de Tschudi dans le n° 28, année 1851, et dans le n° 1, année 1853, du journal *Wiener medizinische Wochenschrift*. Ces deux articles m'ayant paru mériter tout notre intérêt, j'en ai fait une traduction littérale, que j'ai l'honneur de vous communiquer.

ARTICLE 1er. — *Sur les toxicophages par le docteur J.-J. de Tschudi.*

On a pu lire dans ces derniers temps, dans le récit des débats judiciaires qui ont eu lieu à Cilli devant le jury, pour un cas d'empoisonnement très-remarquable, et dans lequel l'accusée Anne Alexander a été acquittée, que trois témoins à décharge avaient été interrogés sur le point de savoir, si le lieutenant Mathias Wurzel était toxicophage ou non. Cette circonstance ne fut point constatée, et la seule déposition, quoique peu importante, qui aurait pu rendre probable cette supposition, fut celle du premier lieutenant M. J..., qui déclara avoir trouvé, en 1828, dans le bureau de Wurzel une petite boîte contenant des parcelles de la grandeur d'un grain de maïs, qui n'auraient été que de l'arsenic blanc. Les dépositions des deux autres témoins n'étaient basées que sur des ouï-dire.

Les toxicophages étant pour le public médical un phénomène plus ou moins inconnu, j'ai cru devoir publier quelques renseignements et observations sur cette matière.

Dans quelques contrées de le Basse-Autriche et de la Styrie, surtout dans les montagnes qui la séparent de la Hongrie, il se trouve parmi les paysans l'habitude remarquable de « manger de l'arsenic. » Ils l'achètent, sous le nom de Hedri (Hedri, hedrich, hutterrauch), aux herboristes ambulants, à des colporteurs qui l'acquièrent, à leur tour, des ouvriers des verreries hongroises, ou des vétérinaires, des charlatans, etc.

Les toxicophages ont un double but : d'abord ils veulent se donner par cette pratique dangereuse un air sain et frais, et puis un certain degré d'embonpoint.

Ce sont, par conséquent, très-fréquemment de jeunes paysans et paysannes qui ont recours à cet expédient par coquetterie et désir de plaire, et il est en effet surprenant avec quel succès ils atteignent leur but, car les jeunes toxicophages par excellence se distinguent par la fraîcheur de leur teint, et par une apparence de santé florissante.

Je ne citerai qu'un seul exemple parmi plusieurs cas à ma connaissance. Une vachère bien portante, mais maigre et pâle, se trouve à une ferme dans la paroisse H... Ayant un amant qu'elle voulait s'attacher davantage par ses appas, elle eut recours au moyen connu, et prit de l'arsenic plusieurs fois par semaine. Le résultat désiré ne se fit point attendre, et après quelques mois elle devint potelée, joufflue, bref, tout au gré du Céladon. Pour forcer l'effet, elle augmenta imprudemment la dose de l'arsenic, et tomba victime de sa coquetterie.

Elle mourut empoisonnée et sa fin fut douloureuse. Le nombre de décès par suite des abus d'arsenic n'est pas insignifiant, surtout parmi les jeunes gens.

Chaque ecclésiastique de ces contrées a pu constater plusieurs victimes, et les résultats de mes recherches auprès des pasteurs sont fort curieuses. Soit crainte de la loi, qui défend la possession illégale de l'arsenic, soit une voix intérieure qui leur reproche leur tort, les toxicophages dissimulent autant que possible l'usage de ce remède dangereux. Ordinairement ce n'est que le confessionnal ou le lit de mort qui arrache le voile du secret.

Le second avantage que les toxicophages veulent atteindre, c'est de se rendre plus « volatil » c'est-à-dire, de faciliter la respiration pendant la marche ascendante. A chaque longue excursion dans les montagnes, ils prennent un petit morceau d'arsenic, qu'ils laissent fondre peu à peu dans la bouche. L'effet en est surprenant, ils montent aisément des hauteurs qu'ils ne sauraient gravir qu'avec la plus grande peine sans cette pratique. J'ajoute ici, que basé sur ce fait, j'ai administré la liqueur de Fowler avec un succès signalé dans certains cas d'asthme.

La quantité d'arsenic avec laquelle commencent les toxicophages représente, d'après l'aveu de plusieurs d'entre eux, un petit morceau de la grandeur d'une lentille, ce qui ferait un peu moins qu'un demi-grain. Ils s'arrêtent à cette dose qu'ils avalent, plusieurs fois par semaine, le matin à jeun, pendant assez longtemps « pour s'y habituer » ; alors ils augmentent la quantité insensiblement, avec précaution, au fur et à mesure que la dose habituelle refuse son effet. Le paysan R., de la commune Ag., sexagénaire et jouissant d'une très-bonne santé, prend actuellement chaque fois un morceau de 4 grains à peu près. Il y a plus de 40 ans qu'il a pris cette habitude héritée de son père; il la léguera à ses fils.

Il est bien à noter qu'aucune trace de cachexie arsénicale n'est visible sur cet individu, pas plus que sur beaucoup d'autres toxicophages; que les symptômes de l'empoisonnement arsénical chronique n'apparaissent jamais sur les individus qui savent approprier la dose, parfois très-considérable, du toxique à leur constitution et à leur tolérance. Il faut encore remarquer que la suspension de l'usage de l'arsenic, soit par défaut matériel du toxique, soit parce que ces individus s'abstiennent de l'acide arsénieux pour toute autre raison, est toujours suivie de phénomènes morbides, qui ressemblent à ceux produits par l'intoxication arsénicale à faible degré; ainsi, on observe un grand malaise joint à une indifférence considérable pour tout ce qui les entoure, de l'anxiété pour leurs personnes, des troubles dans la digestion, de l'anorexie, une sensation de plénitude stomacale, des vomissements glaireux le matin avec ptyalisme, du pyrosis, de la constriction spasmodique du pharynx, des tranchées, de la constipation et surtout des difficultés respiratoires. Contre tous ces phénomènes il n'y a qu'un seul moyen efficace, c'est le retour immédiat à l'usage de l'arsenic. D'après les informations les plus exactes recueillies auprès des habitants de cette contrée, la toxicophagie ne dégénère jamais en passion, comme par exemple, l'opiophagie en Orient, l'usage du bétel aux Indes et en Polynésie, ou du coca au Pérou; elle devient plutôt un besoin pour ceux qui s'y adonnent.

Ce qui se fait là avec l'arsenic, se fait dans d'autres contrées avec le sublimé corrosif; je rappellerai seulement ce cas connu et confirmé par l'ambassadeur anglais en Turquie d'un opiophage à Brussa, qui avala journellement, avec son opium, l'énorme quantité de 40 grains de sublimé corrosif. Dans les montagnes du Pérou, j'ai rencontré très-souvent des individus semblables, et en Bolivie l'usage du corrosif est répandu à telle enseigne, que le sublimé est vendu aux Indiens en plein marché de comestibles.

Il est inutile de faire remarquer l'usage répandu de l'arsenic à Vienne même, surtout parmi les palefreniers et les cochers de grandes maisons. Ils en mêlent une bonne prise en poudre à l'avoine, ou ils en enveloppent un morceau de la grandeur d'un pois dans du linge et l'attachent au bridon lorsque le cheval est harnaché; la salive dissout peu à peu le toxique. L'aspect luisant, rond et élégant des chevaux de prix, et surtout l'écume blanche à la bouche, proviennent ordinairement de l'arsenic, qui augmente, comme on sait, la salivation. Les charretiers, dans les pays montagneux, mettent fréquemment une dose d'arsenic dans le fourrage qu'ils donnent aux chevaux avant une montée laborieuse. Les maquignons se servent très-souvent de petits plombs pour les chevaux poussifs, qu'ils conduisent au marché. Ils leur en font avaler un quart à une demi-livre. Il paraît que l'effet constaté de cette manœuvre, effet qui persiste quelques jours, est dû uniquement à l'arsenic, que contiennent les plombs. A la fabrication de ces projectiles, on ajoute 1 pour cent d'arsenic blanc et jaune au plomb, pour rendre la masse plus fluidisable et plus apte à prendre la forme sphérique; la quantité d'arsenic qu'on trouve sur ces gens d'écuries, est souvent très-considérable, et leur inadvertance bien coupable.

Le brasseur R., à A., remit au pharmacien de l'endroit, M. B. Sch... un morceau d'arsenic de 3/4 de livre, qu'il trouva dans la malle de son domestique. L'hiver passé, un paysan s'empoisonna dans mon voisinage avec un morceau d'arsenic du volume d'une poire, qu'il pulvérisa et qu'il avala avec de l'eau. Il expira une demi-heure après.

Cette pratique s'exerce pendant des années sans accidents quelconques; mais dès que le cheval passe dans les mains d'un maître qui n'emploie pas d'arsenic, il maigrit, perd sa gaieté, devient blafard, et malgré la nourriture la plus abondante, l'animal n'acquiert plus son apparence antérieure.

Ces communications esquissées sur les toxicophages peuvent servir à démontrer combien il est utile aux médecins et aux légistes d'avoir connaissance de cet abus très-répandu dans quelques contrées de la monarchie autrichienne. Les débats judiciaires dont il est fait mention au commencement de cet article, n'ont pas mis en évidence si M. Wurzel était toxicophage ou non, mais il est permis de le supposer. Si l'autopsie et les recherches chimiques n'avaient pas été faites avec une négligence impardonnable, si l'accusée, douée d'un esprit très-vif, eût été embarrassée par des interrogatoires réitérés, et s'était laissé surprendre en flagrante contradiction et par des dépositions peu précises, il est probable que le verdict du jury pour la femme Anne Alexander aurait été moins favorable, malgré son innocence.

ARTICLE 2e. — *Sur les toxicophages par le docteur J.-J. de Tschudi à Vienne, Wiener medizinische Wochenschrift*, **No 1, année 1853.**

L'immense intérêt qu'ont excité mes communications sur les toxicophages, contenues dans le no 28 de la première année de ce *Journal hebdomadaire* (1), m'engagea à vouer, pendant une année, toute ma sollicitude à ce fait si intéressant sous le point de vue médical et légal, et qui a été sinon nié par quelques journaux anglais, au moins mis en doute. J'ai pu durant ce temps parfaitement confirmer mes indications antérieures, et en augmenter le nombre par des exemples à peu près identiques. Un des arsénicophages les plus forts qui reniait comme toujours, au commencement, très-opiniâtrément l'usage personnel qu'il faisait de l'arsenic, finit par me faire les aveux les plus détaillés, et m'apprit qu'il avalait sa dose d'arsenic avec grande régularité depuis sa vingt-septième année jusqu'à l'âge de 63 ans, plusieurs fois (8 à 10) par mois lors de la nouvelle lune. Il commença par un petit fragment de la grandeur d'un grain de lin, et s'arrêta pendant une longue série d'années à une dose dont il m'indiqua le volume, avec un petit morceau de charbon. J'eus soin de peser un morceau d'arsenic de Hongrie des mêmes dimensions. Le poids en fut de 3 à 4 grains. Lorsque je lui demandai pourquoi il n'en avait pas augmenté la quantité, il me répondit qu'il ne l'avait pas osé, vu qu'il s'en était trouvé mal il y a quelques années. Il en avait pris alors par extra et étant ivre, une quantité plus considérable, qui lui causa des coliques violentes, une douleur brûlante à la gorge, des tiraillements à l'estomac, etc. La raison pour laquelle il s'abstenait de l'arsenic depuis presque deux ans, était la mort d'un de ses amis également toxicophage, qui avait succombé à l'hydropisie, et qui avait beaucoup souffert; il croyait que c'était l'effet de l'arsenic, et ayant peur d'un sort semblable, il n'avait plus pris le « hidri », quoique cette abstinence lui coûtât.

Depuis que cet homme a cessé de prendre de l'arsenic, il est fréquemment sujet à une gastrodynie violente. Pendant tout le temps qu'il s'y adonna, il n'a été malade qu'une seule fois d'une pneumonie. Une particularité digne de remarque, était l'immunité de cet individu contre la gale, à une époque où toutes les personnes de la maison avec lesquelles il se trouvait en contact non interrompu, en étaient atteintes. D'après un calcul approximatif, cet individu a pris pendant 35 ans, de 20 à 22 onces d'arsenic, sans que la quantité épouvantable d'un des toxiques métalliques les plus violents ait produit quelque altération considérable, si nous en exceptons une certaine voix voilée et rauque, qui, du reste, l'était plus considérablement il y a quelques années. Ce phénomène est très-général chez les arsénicophages.

(1) Nous saisissons cette occasion pour faire remarquer que nous avons trouvé cet article dans trente-deux différents journaux de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la France, de l'Italie et de la Suisse. Comme il est probable que ce deuxième article aura le même succès, nous engageons les rédactions respectives de vouloir mettre plus de soin dans l'indication de leur source, pour qu'il n'arrive plus qu'un journal allemand (*Froriep's Tagesbericht*) indique comme source la traduction anglaise au lieu de l'original allemand. (*La Rédaction du Wiener Wochenschrift.*)

Je joins ici l'extrait d'une lettre du R. P. le curé A. de M., qui se rapporte à ce fait : « Les informations prises m'ont appris que l'individu en question cachait soigneusement son arcanum à tout le monde et qu'il n'en faisait part à personne ; malgré cela il se dit généralement, que c'était de l'arsenic ; cet homme a 55 ans et l'air très-bien portant, il est fort ; il n'était jamais sérieusement malade, mais il est toujours *enroué* et *rauque*. Il cache l'usage de l'arsenic de crainte d'encourir les rigueurs de la loi sur la possession et le maniement de ce poison. Il se verrait privé d'un remède indispensable à sa santé, et il serait empêché d'en acquérir. D'après ce qu'on dit, il en augmente la dose à la nouvelle lune, et il la diminue au déclin. »

La manière dont les toxicophages prennent l'arsenic, varie beaucoup ; les uns prennent leur dose à la fois, et la laissent fondre dans la bouche peu à peu et à jeun ; les autres la réduisent en poudre, et la mettent ainsi sur du pain ou sur un petit morceau de lard frais. La plupart tiennent aux phases lunaires, qui jouent un si grand rôle dans la thérapeutique populaire, et cessent ou diminuent considérablement l'usage de l'arsenic au déclin. Ceux qui s'en servent pour faciliter la marche ascendante en prennent au moment du départ sans considération du temps lunaire.

Je ne saurais m'empêcher de rappeler ici une tentative d'empoisonnement, qui fut rapportée dans beaucoup de journaux à la fin de 1851, ou au commencement de 1852, si je ne me trompe.

Le domestique d'un château, situé dans la partie septentrionale de la France, voulut se défaire d'une surveillante trop sévère. Pour atteindre son but, il mêla pendant assez longtemps de très-petites quantités d'arsenic aux repas de la dame, espérant pouvoir éluder tout soupçon de meurtre par la marche chronique de l'empoisonnement et des phénomènes qui en résulteraient. A son très-grand étonnement, il vit cette dame pendant quelques mois gagner très-visiblement de l'embonpoint, un air frais et de la gaieté. Voyant que les petites doses produisaient un effet contraire à son désir, il mêla une dose beaucoup plus considérable à une fricassée de poulet. La violence des symptômes que produisit bientôt ce plat, mit sur la trace de la tentative d'empoisonnement et de son auteur, qui fut livré aux tribunaux. Nous voyons ici les mêmes phénomènes que présentent les toxicophages de nos contrées.

Lors de mes premières communications sur cette matière, l'arsénicophagie ne m'était connue que dans un petit district de la Basse-Autriche et de la Styrie ; depuis cette époque, j'ai reçu des communications de différentes sources très-respectables et d'où il résulte que l'usage de ce toxique se trouve assez généralement répandu dans les montagnes de l'Autriche, de la Styrie et surtout à Salzbourg et dans le Tyrol, parmi les chasseurs de chamois. M. Schneider, dans son ouvrage sur la *Chimie légale* (page 169, 1851), en parle et y indique les grandes doses d'arsenic prescrites par quelques médecins sans suites fâcheuses. Lorsque cet article fut remis à la rédaction, il me parvint d'une source amie et très-respectable, la communication suivante pleine d'intérêt : « M. F. St., directeur des mines d'arsenic, appartenant au droguiste et négociant M. F. S. à

M....kl, dans le L...au, prend chaque matin, depuis une série d'années, à son déjeuner une petite pincée (autant que contient la pointe d'un couteau) d'arsenic pulvérisé, pour se préserver contre les influences pernicieuses de la fabrication arsénicale. Ce Monsieur envoya à un médecin très-distingué de l'endroit, une de ces pincées, qu'il prend à vue d'œil, et cette quantité pesait 3 3/4 grains. Par conséquent il ingère journellement de 3 à 4 grains d'arsenic et jouit d'une excellente santé. On dit qu'il fournit à ses ouvriers des indications systématiques sur la manière de procéder dans l'usage de l'arsenic pour se mettre à l'abri des effets nuisibles de l'exploitation de ce toxique.

Passons maintenant aux animaux. Les chevaux sont ceux auxquels on donne le plus généralement l'arsenic; j'ai indiqué quel était le but de cette pratique, et je compléterai mon récit par l'indication du procédé. Chaque palefrenier s'y prend différemment; chacun tient rigoureusement à la méthode une fois adoptée; tous sont, du reste, d'accord sur ce point : que l'arsenic ne doit être administré aux chevaux qu'à la nouvelle lune. Les uns le donnent à cette époque journellement à la dose de 3 à 4 grains, les autres l'administrent jusqu'à la pleine lune deux jours de suite, le suspendent deux jours et en augmentent la quantité dans les deux journées suivantes. Durant ces intervalles, ils donnent aux animaux, une fois par semaine, un purgatif aloétique. Ces gens observent rigoureusement la règle de donner l'arsenic aux chevaux seulement après les avoir fait repaître et boire. C'est un morceau de pain qui sert d'excipient à la poudre arsénicale. Si l'animal doit prendre l'arsenic pendant qu'on s'en sert, on enveloppe le morceau dans du linge, ou on saupoudre du lard avec la poudre arsénicale, qu'on met également dans du linge, et on attache le tout au barreau ou au bridon. Il paraît qu'une partie du toxique est éliminée avec les excréments, car on a souvent vu périr des poulets qui mangeaient les grains d'avoine contenus dans le fumier des chevaux soumis au régime arsénical. Les palefreniers soutiennent que l'arsenic est un préservatif infaillible contre les coliques des chevaux nourris au seigle, lequel prédispose, comme on sait, à cette affection.

L'usage de l'arsenic chez les bêtes à cornes est moins fréquent; on n'en donne qu'aux bœufs et aux veaux destinés à l'engraissement. On observe également les précautions citées plus haut quant aux phases lunaires, et on donne la poudre arsénicale au bœuf avec le gruau mêlé de paille hachée et qui a infusé dans l'eau chaude. L'effet est très-surprenant quant à l'augmentation de volume de la bête, mais celle-ci ne gagne pas proportionnellement en poids. Cela fait que les bouchers achètent très-rarement, à vue, le bétail engraissé de cette manière; car le poids réel est beaucoup inférieur au poids présumé d'après l'apparence. Il en est de même des veaux auxquels on administre l'arsenic sur un petit pain. Il est inutile de faire remarquer que ce procédé n'est mis en pratique que pour les veaux soumis à l'engraissement et jamais pour ceux qui sont destinés à l'attelage. En Styrie, comme en Autriche, il y a des cultivateurs propriétaires qui, à cause de cette pratique, sont connus sous le nom de *hidribauer* (paysan à l'arsenic). On donne aussi souvent l'arsenic à pe-

tites doses aux cochons, surtout au commencement de l'engraissement. Beaucoup d'ouvrages sur l'élève du bétail recommandent d'administrer aux cochons, au commencement de l'engraissement, une dose de sulfure d'antimoine par jour. On a trouvé que le sulfure d'antimoine *purifié* (*antimonium sulphuratum nigrum lævigatum*), tel qu'on le prépare dans les pharmacies, reste sans effet, et que ce n'était que le sulfure vendu par les droguistes qui exerçait son influence connue. Ce fait peut dépendre de ce que ce dernier sulfure contient généralement une quantité non insignifiante de sulfure d'arsenic.

On voit que l'emploi de l'arsenic chez les animaux est soumis aux mêmes règles auxquelles obéissent les toxicophages eux-mêmes. Il ne serait pas sans intérêt de savoir si l'effet bienfaisant des petites doses de ce poison, observé sur les animaux, a conduit les hommes à en faire l'expérience sur eux-mêmes, ou, *vice versâ*, si cette pratique a passé du domaine de la thérapeutique humaine dans celle des animaux.

Observations recueillies dans le service de M. A. Uytterhoeven, *par* Henri Van Holsbeek, *élève interne à l'hôpital Saint-Jean.*

Application de l'électro-galvanisme a la cure des paralysies et des contractures.

Observation 1re. — *Paralysie des doigts médius, annulaire et auriculaire de la main droite.* — Heusdens (Lambert), âgé de 26 ans, maréchal, d'une bonne constitution, entre dans notre service le 1er février 1854 pour un abcès à la jambe.

Sans cause connue, cet homme se trouve depuis trois semaines dans l'impossibilité de se servir des trois derniers doigts de sa main droite.

Application de l'électro-galvanisme. Deux séances d'un quart d'heure suffirent pour amener la guérison.

Observation 2me. — *Hémiplégie à droite, suite de dérivation des règles.* — Hentz (Marguerite), âgée de 24 ans, prostituée, d'une constitution lymphatique, vient, le 13 décembre 1853 du service médical, où elle est en traitement depuis le 1er juillet pour une tuberculose pulmonaire, dans le nôtre, pour un petit ulcère au second orteil du pied gauche.

Depuis son séjour dans la salle : hémorrhagies par le nez, les oreilles, la bouche, l'anus, suppression des règles.

Le 9 novembre, hémiplégie. Application de l'électro-galvanisme. Mouvements dans le bras au bout de quatre séances d'un quart d'heure chacune. Mouvements dans la jambe au bout de six séances d'une même durée. La faiblesse de la malade ne lui permet pas encore de se lever.

Observation 3me. — *Contracture des extrémités supérieures.* — Maes (Marie), âgée de 10 ans, dentellière, d'une très-bonne constitution.

Cette petite fille, au dire de la mère, n'a jamais été sérieusement indisposée.

Il y a trois semaines, elle accusa du malaise, de la céphalalgie, des vertiges. A ces symptômes succéda de la gêne pour mouvoir ses doigts, des élancements, des tiraillements dans les avant-bras.

Depuis quinze jours les doigts sont fléchis dans la paume de la main, le pouce recouvert par les autres doigts. Les poignets fléchis sur l'avant-bras. Raideur dans les articulations du coude et de l'épaule.

Application de l'électro-galvanisme. Deux séances, de dix minutes chacune, suffirent pour amener la cure radicale.

Luxation du coude en arrière. — Fracture de l'olécrane.

Van Mulders (Charles), âgé de 38 ans, garçon brasseur, d'un tempérament sanguin, d'une complexion très-robuste, entre dans notre service le 24 janvier 1854.

Le 26 décembre 1853, chute d'une charrette, la main venant appuyer sur le sol. Le soir de l'accident, tentatives de réduction par un chirurgien, application d'un appareil, consistant en deux attelles latérales et une postérieure, en carton, maintenues par des bandes amidonnées.

Le 27, nouvel examen de la luxation, nouvelles tentatives de réduction, application du bandage.

Le 11 janvier 1854, on enlève l'attelle externe, et huit jours après, on ôte tout l'appareil.

Le 24, cet homme se présente à notre clinique dans l'état suivant : Avant-bras dans l'extension forcée et raccourci de trois centimètres et demi. Axes du bras et de l'avant-bras parallèles et divergeant de cinq centimètres. Conservation en partie des mouvements de supination et de pronation.

Coude déformé, diamètre antéro-postérieur doublé, diamètre transversal augmenté de trois centimètres, saillie considérable de l'épitrochlée et de la trochlée à sa partie interne. La ligne s'étendant de l'épitrochlée à l'olécrâne, est d'un centimètre et demi plus longue que celle du côté opposé. Cubitus porté en arrière et en haut. Olécrâne remonté au-dessus d'une ligne passant par l'épitrochlée et l'épicondyle, et sur un plan postérieur à ces tubérosités. Apophyse coronoïde échappant au toucher. Tête du radius placée en arrière du condyle. Muscles triceps, brachial antérieur et biceps fortement tendus.

M. A. Uytterhoeven, après avoir entendu les avis de MM. Deroubaix, Henriette, Bougard, Koepl, Testelin, etc., se décide à tenter la réduction.

Des tentatives de réduction, faites suivant les procédés ordinaires, ne produisent aucun résultat. On ajourne les manœuvres au lendemain.

Le malade est de nouveau examiné, on procède à la réduction. A cet effet, le malade est assis sur un tabouret et rapproché d'une table, le tronc embrassé avec un drap plié en cravate, dont la partie moyenne est appliquée au-dessous de l'aisselle du côté malade, et dont les chefs sont ramenés, l'un devant, l'autre derrière la poitrine, vers l'épaule du côté sain, et fixés à un point d'appui ina-

movible. Des lacs sont attachés au bras et au poignet et confiés à des aides qui tirent directement sur l'avant-bras pour faire redescendre l'olécrâne à la place qu'il doit occuper.

M. Uytterhoeven, saisissant d'une part le bras et d'autre part l'avant-bras, près de l'articulation, veut substituer rapidement un mouvement de flexion à l'extension que les aides abandonnent à ce moment. Ce procédé ne réussit pas.

M. Koepl propose de fléchir l'avant-bras sur le bras en arrière tout en tirant directement sur le bras. Le malade conserve sa position, les aides tirent dans le sens indiqué par M. Koepl. Le cubitus fut réduit mais l'olécrâne se rompit sous l'effort.

Le radius étant luxé en arrière, et les manœuvres ci-dessus décrites n'ayant pu suffire pour le ramener à sa place, M. Uytterhoeven, après avoir fléchi l'avant-bras, le porte dans la supination, tandis qu'avec le pouce de la main, qui embrasse le bras, il presse d'arrière en avant sur la tête du radius et la fait repasser au-dessous du condyle de l'humérus. On met le bras dans la demi-flexion qu'on maintient par un appareil au plâtre.

Le lendemain, on fend le bandage pour permettre l'examen du membre. La réduction est parfaite. Il existe un peu de gonflement au coude.

Le 7 février, on enlève l'appareil. Bains locaux.

Le 8, M. Uytterhoeven propose l'emploi de l'appareil de M. Bonnet pour prévenir les ankyloses.

Le malade s'en sert jusqu'au 14, jour de la sortie de l'hôpital. Les mouvements de rotation de l'avant-bras étaient faciles; mais ceux de l'extension et de la flexion encore très-bornés. La fracture du radius n'avait été accompagnée d'aucun phénomène particulier. L'os était cassé mais sans écartement sensible, et sans avoir été compliqué de déchirure des parties aponévrotiques attenantes.

Hydro-hématocèle volumineuse. — Emploi du séton. — Guérison.

Verstraeten (Ive), âgé de 21 ans, tisserand, tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre dans notre service le 13 décembre 1853.

En 1848, cet homme, suivant son rapport, portait depuis longtemps, dans les bourses, une tumeur anormale, que nous supposons avoir été une simple hydrocèle. Il voit tout à coup, et sans cause appréciable, ses bourses prendre un développement encore plus considérable. Ce développement, bien qu'incessant, n'est devenu très-considérable que depuis dix jours.

Poussé par la crainte, et ne pouvant presque plus marcher, il vient réclamer nos soins.

Bourses offrant une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, à grosse extrémité tournée en bas et touchant presque les genoux, égale, sans changement de couleur à la peau, qui est lisse et tendue, mate à la percussion, sans transparence, mais fluctuante; peau de la verge fortement attirée; cet organe, considérablement rapetissé, est couché sur le milieu de la tumeur où on le sent à travers les téguments; le cordon des vaisseaux spermatiques paraît divisé en

deux du côté droit; testicules considérablement augmentés de volume, remontés en haut et en arrière.

Le 14 décembre, après un examen attentif de la tumeur, fait en présence de MM. les docteurs Koepl, Henriette, Bougard, Testelin et les élèves, M. Uytterhoeven se décide à pratiquer une ponction exploratrice, qui donne issue à un demi-litre environ de sang noir. Ce sang est examiné au microscope par le docteur Testelin, qui le déclare identique à celui d'une saignée. La tunique vaginale est considérablement épaissie, le testicule a un volume double comparativement à l'état normal.

Le 17, l'épanchement reparaît.

Le 20, nouvelle ponction. Écoulement d'un liquide sanguinolent en quantité moindre que la fois précédente.

Le 30, l'infiltration existe de nouveau.

Le 4 janvier, nouvelle ponction. Écoulement d'un liquide séro-sanguinolent plus abondant que celui de la deuxième ponction.

Après quelques réflexions sur les moyens à mettre en usage pour tenter la cure radicale, M. Uytterhoeven aborde l'injection à la teinture d'iode (1 ℥ de teinture pour ij℥ d'eau distillée). Inflammation thérapeutique peu vive et localisée à la base de la tumeur. Aucun phénomène bien remarquable. Le liquide ne tarde pas à reparaître.

Le 20 janvier 1854, M. Uytterhoeven pratique une nouvelle ponction et applique un large séton qui traverse la tumeur de haut en bas. Inflammation très-vive, bornée d'abord à l'endroit du séton, s'étendant ensuite de proche en proche, et atteignant le 23 toute la tunique vaginale. Réaction générale assez marquée.

Le 26, on retire le séton et ses ouvertures livrent passage à une grande quantité de pus. Injections détersives avec une proportion bien faible de teinture de myrrhe.

Le 15 février, diminution considérable de la tumeur. Cessation complète de la suppuration.

Le 20, le malade est guéri et demande la sortie.

L'application du séton dans la cure des hydrocèles est une pratique ancienne à laquelle les modernes ont à peu près complétement renoncé.

L'observation précédente, jointe à quelques autres, que la même clinique a présentées à nos yeux, nous fait présumer que l'abandon absolu de cette méthode est peut-être regrettable.

Du reste, nous n'avons pu faire que des conjectures sur la source d'où provenait l'hématocèle qui venait compliquer cette maladie.

SECTION COMPLÈTE DE L'ARTÈRE RADIALE A SA PARTIE INFÉRIEURE.

Pierlet (Marie), âgée de 21 ans, servante, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, fait, le 23 janvier, une chute d'une échelle, sa main venant frapper dans un des carreaux de vitre d'une fenêtre qu'elle nettoye au rez-de-chaussée.

Les premiers soins sont donnés par un chirurgien de la ville. Il établit une compression au-dessus de la plaie, et ordonne sur cette dernière l'application de compresses imbibées d'eau froide.

Plaie de cinq centimètres de longueur, peu profonde, assez nette, obliquement dirigée de dehors en dedans et de haut en bas. Cessation de l'écoulement sanguin. Suppression complète des pulsations artérielles au-dessous de la plaie. Réunion des lèvres de la plaie au moyen de bandelettes de sparadrap, solidement maintenues en place par du collodion, compression au-dessus de la plaie au moyen de compresses graduées maintenues par des tours de bandes, position convenable du membre.

La cicatrisation s'établit bientôt et la malade sort de l'hôpital le 5 mars, après avoir pris quelques manuluves pour détruire la raideur des doigts.

Les pulsations artérielles ont cessé d'être sensibles au-dessous du siége de la plaie et dans un assez grand espace au-dessus.

Cette guérison prouve encore une fois que la compression, dans les cas de lésions artérielles, est souvent suffisante pour arrêter l'hémorrhagie et que la ligature du vaisseau n'est pas toujours indispensable. Le professeur nous a, du reste, rapporté plusieurs faits de blessures de troncs artériels considérables parfaitement guéries au moyen de la compression.

MÉMOIRE SUR LES NÉVROSES FÉBRILES ; *par M. le docteur* LIÉGEY, *Membre correspondant, à Rambervillers (Vosges).* — *(Suite. Voir notre cahier de février, p. 124.)*

ROUGEOLE.

Je vais maintenant citer quelques cas de fièvres éruptives graves.

OBSERVATION Ire. — Ma petite fille, âgée de 8 ans et quelques mois, souvent aussi, et plusieurs fois atteinte de fièvre intermittente à forme de coqueluche ou de croup, eut la rougeole au mois de mai. Sans cause connue, l'éruption, déjà bien développée, disparut brusquement. Peu après, toux sifflante, menace de suffocation, décomposition des traits. Ces accidents se reproduisirent d'une manière périodique. Dans l'intervalle des accès, il n'y a qu'une toux catarrhale et l'enfant ne paraît que légèrement malade ; elle jouerait et mangerait à peu près comme à l'ordinaire si on le lui permettait. Ces accès se produisent vers minuit et durent jusqu'à deux heures du matin environ. L'enfant refuse d'abord d'avaler des médicaments et de recevoir des lavements, et je ne puis que lui faire des frictions sur la poitrine avec l'huile de croton tiglium, qui produit seulement un érythème peu prononcé et passager, malgré la dose assez forte d'huile employée. Ce n'est qu'après le troisième accès que la malade consent enfin à prendre des médicaments dont l'emploi est on ne peut mieux indiqué. Je lui fais avaler le quinquina en poudre et le sulfate de quinine dans du café noir. La nuit suivante, l'accès est beaucoup moindre. La médication fébrifuge est continuée. Au bout de deux jours, favorisée par de nouvelles frictions avec l'huile de croton, une éruption miliaire se produit. Elle est entremêlée de taches rubéoliques.

qui, bientôt, la remplacent presque entièrement et couvrent tout le corps, comme avant les accidents graves. Quelques jours après, l'épiderme était en furfuration et l'enfant, qui prenait quelques aliments et buvait du vin et du café, se trouvait à peu près rétablie. Je ne dois pas omettre de dire que, toutes les fois que j'ai essayé de lui donner des boissons adoucissantes, de l'eau de mauve avec du sirop de gomme par exemple, la toux a augmenté, est devenue beaucoup plus sèche; que le contraire avait lieu sous l'influence des boissons stimulantes et toniques que je viens d'indiquer. Mais ce n'est pas là un fait isolé, je l'ai constaté nombre de fois, et chez des personnes de différents âges.

OBSERVATION 2e. — Les quatre enfants du sieur B..., manœuvre à Rambervillers, eurent simultanément, au commencement du mois d'avril, la rougeole qui, chez trois d'entre eux, parcourut régulièrement ses diverses périodes. Chez la quatrième, petite fille de trois ans et demi, l'éruption s'arrêta dans sa marche et fut remplacée par une toux croupale et une dyspnée extrême et continue. Au déclin de ces accidents, qui cédèrent assez promptement à l'emploi de l'ipécacuanha *intus et extrà,* l'éruption rubéolique reparut pour se terminer d'une manière normale.

OBSERVATION 3e. — Le nommé F..., manœuvre, a aussi quatre enfants, dont deux ont été, au mois de mars, atteints de la grippe, pendant que les autres étaient affectés de fièvre éruptive. Toute bénigne chez l'une, la rougeole se montra irrégulière dans sa marche chez l'autre, âgé de 7 ans, qui offrit des accidents de forme croupale, au milieu desquels il succomba promptement.

OBSERVATION 4e. — Dans le même mois, la petite G..., fille d'un ébéniste de cette ville, âgée de 2 ans environ, d'un tempérament éminemment nerveux, eut, pendant quelques jours, un peu de coryza, d'angine et de toux catarrhale, puis vint une éruption de taches rubéoliques et érythémateuses, qui disparut brusquement. Alors se produisit une angine à forme de croup et qui s'offrit sous le type périodique. Le quinquina, associé au sulfate de quinine dans du café à l'eau, fit promptement justice de cette affection. L'affection cutanée reparut et se termina par furfuration.

C'était la seconde fois que cette enfant était atteinte de fièvre intermittente à forme croupale. Elle eut encore cette affection au mois d'août, et les mêmes préparations de quinquina amenèrent le même résultat.

OBSERVATION 5e. — Chez les deux enfants d'un cordonnier de Rambervillers, la suspension de la marche de la rougeole amena aussi des accès pernicieux. L'une, âgée de 4 ans et demi, très-lymphatique, eut, pendant ces accès périodiques, une grande dyspnée avec toux sifflante, sèche et fièvre ardente; l'autre eut d'abord les mêmes accidents, puis du délire. Chez celle-ci, les trois stades fébriles étaient on ne peut plus marqués. Même médication antipériodique, même succès. Reproduction de l'affection cutanée, terminaison normale de celle-ci!

OBSERVATION 6e. — La petite G..., 3 ans, lymphatique, d'une constitution délicate, tomba malade à peu près en même temps que les deux précédentes, c'est-à-dire vers le milieu d'avril. Cette enfant, lors de la suspension de l'érup-

tion rubéolique, arrivée comme chez les autres sans cause connue, offrit des accidents de formes variées, mais dont les plus saillants furent des syncopes avec froid algide. Arrivé près de la malade pendant une de ces syncopes, je crus à une mort toute prochaine. Cependant, je pensai qu'il était encore de mon devoir de tenter l'emploi de quelque moyen. Je fis pratiquer des frictions irritantes sur une partie du corps et couvrir le reste de cataplasmes sinapisés. Un peu d'érythème se produisit aux jambes au bout de peu de temps. Une rémittence marquée eut lieu, ce dont je profitai pour administrer le quinquina d'abord en lavements, puis par la bouche. L'enfant guérit. A l'éruption rubéolique reparue sur diverses parties du corps, s'était jointe une éruption miliaire générale, venant compléter la crise.

J'aurais à citer plusieurs autres faits relatifs à la fâcheuse transformation de la rougeole, et dans ces autres cas, on verrait de nouvelles formes de perniciosité se produire; mais la crainte d'être trop long me fait passer à un autre sujet.

VARIOLOÏDE.

J'ai vu quelques cas de varioloïde à Rambervillers, et il s'en est produit aussi un certain nombre aux environs. En voici un qui me semble assez intéressant pour que j'en dise un mot.

Observation. — Une jeune femme de Rambervillers, d'une assez forte constitution, d'un tempérament nervoso-bilieux, vaccinée dans son enfance, sujette seulement à une migraine accompagnée de douleurs gastralgiques, bien réglée, et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, fut prise dans le courant d'avril, peu de temps après son époque menstruelle, d'une céphalalgie sus-orbitaire assez vive, de douleurs rachialgiques, d'accablement général, de nausées, puis de vomissements bilieux et de fièvre continue. La nuit du 23 au 24, elle eut plusieurs syncopes.

Appelé le lendemain, je la trouvai très-abattue, brûlante, accusant d'atroces douleurs rachidiennes, avec irradiations dans les membres. Sa bouche était mauvaise, sa langue blanchâtre, son haleine fétide; elle avait des nausées, le pouls était d'une grande fréquence, elle éprouvait par moment des picotements à la peau, où cependant rien encore ne se montrait. Je lui fis prendre l'ipécacuanha à dose vomitive.

Le 26, je trouve cette femme moins abattue; depuis les vomissements produits sous l'influence de l'ipécacuanha, elle souffre moins à la tête, au rachis et dans les membres, mais les douleurs dermiques ont beaucoup augmenté. De nombreux boutons rouges, acuminés, de volume variable, se montrent au visage et à la poitrine; il n'y en a que très-peu sur l'abdomen et sur les membres, où ils ne sont encore qu'à l'état rudimentaire. Partout où il s'en est produit, la malade a éprouvé, éprouve encore, mais à un moindre degré, des élancements. « C'est dit-elle, comme si l'on me piquait partout avec des aiguilles; à mesure que ces boutons se développent, les douleurs diminuent. »

L'état général de cette femme continua à s'améliorer. Une partie de l'éruption resta à l'état papuleux, l'autre partie des boutons se pustula, prit la forme

ombiliquée. Longtemps la malade conserva sur le visage de nombreuses marques, qui finirent par se dissiper entièrement.

L'intérêt de ce cas se trouve dans l'existence des douleurs dermalgiques préludant à l'éruption, accompagnant cette éruption, diminuant à mesure que cette éruption se développe. Je n'avais encore rien observé de semblable ici dans la varioloïde, et je ne l'ai point vu dans la variole.

VARIOLE.

Je n'ai vu depuis bien longtemps, qu'un cas de variole à Rambervillers, et ce cas eut lieu après la cessation du règne épidémique des fièvres éruptives, alors que ces maladies ne se rencontraient plus que d'une manière sporadique.

Observation. — Le 7 août, je fus prié d'entrer chez la femme R..., âgée de 25 ans, d'une constitution forte, mais vivant dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, et non vaccinée. La variole dont elle se trouvait atteinte était on ne peut plus confluente. Rien de plus repoussant que cette femme couverte de croûtes, et qu'environnait une odeur insupportable. La dyspnée était extrême, l'intelligence perturbée, la motilité presque abolie, la déglutition impossible. Cette malheureuse mourut le lendemain.

A la même époque, dans le misérable quartier habité par cette femme, il y eut, m'a-t-on dit, deux ou trois cas de variole bénigne.

De même que dans cette ville, les cas de variole ont été fort rares, depuis quelques années dans les environs. Depuis plus de sept ans, dit-on, on n'avait pas vu au village de Padoux, par exemple, un cas de variole; dans le courant de décembre dernier, cette maladie y fut importée par les vêtements d'un jeune homme de ce village, mort peu de temps auparavant, des suites de la variole, dans une petite ville d'Angleterre.

La sœur de ce jeune homme, en proie au plus violent chagrin, ayant embrassé ces vêtements à plusieurs reprises, fut, quoique vaccinée dans son enfance, bientôt atteinte d'une variole confluente et accompagnée de délire, qui mit ses jours en danger.

Deux autres personnes de la maison ne tardèrent pas à avoir comme un reflet de cette affection, dont d'autres cas se montrèrent ensuite dans le village.

Comme je l'ai dit dans une note sur ce sujet, adressée à l'Académie de médecine, il y a là une nouvelle preuve de l'utilité de la revaccination et de mesures prohibitives touchant le transport des vêtements contaminés par le virus varioleux.

MILIAIRE.

C'est la fièvre éruptive qui s'est produite le plus souvent dans cette épidémie, où, comme dans les épidémies antérieures, l'éruption miliaire s'est montrée, avec un développement très-variable, tantôt seule, tantôt associée à d'autres éruptions avec ou sans sueurs abondantes.

Dans la plupart des cas, la maladie a été bénigne; mais, dans d'autres, encore assez nombreux, la dermatose n'a pas suivi une marche régulière et a présenté des accidents plus ou moins graves, ainsi qu'on en voit des exemples dans les cas suivants.

OBSERVATION 1re. — Vers la fin de janvier, un petit garçon de notre ville, âgé de 7 ans, d'une assez forte constitution, d'une bonne santé habituelle, était atteint depuis quelques jours d'une miliaire générale avec fièvre bénigne, lorsque, sans cause connue, cette éruption se dissipa brusquement. Alors le mouvement fébrile devint intense, l'enfant fut pris d'une violente dyspnée avec vives douleurs rachidiennes sans rémission marquée.

Il était dans cet état depuis une nuit, lorsque je le vis pour la première fois. Outre ce que je viens d'indiquer, je constatai des signes d'embarras gastrique, qui m'engagèrent à faire prendre l'ipéca à doses vomitives. Je fis, en même temps, pratiquer des frictions irritantes sur tout le corps.

Peu après les vomissements, qui furent abondants et s'accompagnèrent de quelques selles, l'éruption commença à reparaître et la dyspnée à diminuer. Celle-ci ne fut plus bientôt que légère. La nouvelle éruption fut en quelque sorte éphémère, mais remplacée par des sueurs abondantes, qui, après avoir été telles pendant deux jours, se sont dissipées graduellement. Alors le petit malade put être considéré comme guéri.

OBSERVATION 2me. — Une petite fille de deux ans et demi, de cette ville, d'une constitution délicate, n'ayant pas encore eu la rougeole, vaccinée, fut, pendant quelques jours, dans un état ressemblant à la période prodromique d'une fièvre éruptive ; puis, dans la nuit du 20 au 21 avril, il se produisit tout à coup une épistaxis tellement abondante que si elle se fût prolongée ou reproduite, il y aurait eu grand danger. Heureusement, il n'en fut pas ainsi : cette hémorrhagie fut de courte durée et ne se reproduisit pas. Le lendemain de cet accident, favorisée par des applications irritantes sur diverses parties du corps, une éruption miliaire commençait à se montrer, éruption qui ne tarda pas à devenir générale, très-abondante et se termina au bout de quelques jours par furfuration.

OBSERVATION 3me. — Au mois de février, au village de Magnières, j'ai donné des soins à une petite fille de 6 à 7 ans, chez laquelle la suspension de la marche de l'éruption miliaire donna lieu à une épistaxis périodique, qui fut combattue avec succès par l'emploi des préparations de quinquina.

OBSERVATION 4me. — Un petit garçon de 2 ans, de ce village, que je traitai à peu près en même temps, était pris d'une fièvre convulsive sans périodicité, produite sous l'influence de la disparition brusque, par l'exposition du corps au froid, d'une miliaire déjà développée. Le calomel à l'intérieur, des frictions irritantes mirent fin aux convulsions et favorisèrent le retour de l'éruption, qui se dissipa ensuite graduellement et sans qu'il se produisît aucun accident ultérieur.

Bien d'autres accidents graves eurent lieu par l'effet du retard dans l'apparition ou de la marche anormale de la miliaire.

La scarlatine aussi m'a offert de nombreux et intéressants sujets d'observations, entre autres des cas d'angine gangréneuse, comme chez une femme de la commune de Jeauménil, qui fut promptement enlevée par cette maladie ; des cas d'angine à forme croupale, comme chez une enfant de Magnières, qui succomba au troisième accès ; des cas d'anasarque, comme chez un petit garçon de

Houssérat, dont l'histoire est racontée dans ma 4e lettre sur les névroses fébriles (*Gazette médicale de Strasbourg*, livraison de novembre 1853).

Pendant ce règne d'affections éruptives, j'ai vu deux cas de *purpura hemorrhagica* : l'un chez une femme déjà âgée, de Vomécourt, qui a succombé au milieu des hémoptysies ; l'autre chez une femme à peu près du même âge et habitant notre ville. Celle-ci guérit d'une névrose thoracique grave par l'effet d'une hématurie abondante, genre de crise que je n'avais point encore observé.

Depuis que, vers le commencement de juin, à peu près en même temps que la grippe, les fièvres éruptives ont cessé de régner d'une manière épidémique, on a vu des cas sporadiques de ces maladies, mais plus rares que les cas sporadiques de la grippe. En général, ces affections sporadiques ont été bénignes.

Nous avons eu peu de maladies graves cet été. Les deux cas les plus intéressants furent :

1° Une fièvre rémittente cholériforme chez un homme de Domptail, qui a guéri sous l'influence de l'emploi des préparations de quinquina, du calomel et des stimulants alcooliques ; 2° Un cas dans lequel, chez un homme de Rehaincourt, les accidents cholériques (vomissements, coliques sans flux, etc.), coïncidaient avec une adénite inguinale prise bientôt d'une gangrène, qui envahit rapidement une grande partie de la cuisse et qui se serait emparé du reste du membre si la vie du malade s'était quelque peu prolongée. Ce cas, au début, était très-insidieux et aurait pu faire croire à l'existence d'un étranglement herniaire.

Plusieurs autres cas de forme cholérique plus ou moins graves se sont produits cet automne dans ma clientèle (1), et j'en observe encore actuellement (fin de décembre).

Jusqu'alors (Dieu veuille qu'il n'en soit pas autrement plus tard) ces formes cholériques graves n'ont pas été assez nombreuses chez nous pour constituer un état épidémique ; mais, comme en d'autres temps, à côté de ces formes, il est commun d'en rencontrer les rudiments, les éléments épars.

ÉTIOLOGIE.

Quelles causes ont donc pu opérer un tel changement dans notre constitution médicale, donner à nos maladies en général le caractère asthénique, un cachet nerveux si manifeste, des types intermittents ou rémittents si souvent périodiques ?

Je commencerai par dire que la cause première de ce règne endémo-épidémique m'est absolument inconnue. Toutefois, je pense que cette cause pourrait bien être la même que celle qui a donné lieu à la maladie des plantes, à un changement de la constitution médicale chez les animaux et à la perturbation des saisons. Un mot sur chacune de ces choses :

MALADIES DES PLANTES.

Dès la fin de l'année 1843, c'est-à-dire à une époque où les changements de notre constitution médicale étaient déjà sensibles, on commençait à observer la

(1) Ces cas se trouvent relatés, ainsi que les deux précédents, dans un travail spécial.

maladie des végétaux, qui, alors, il est vrai, ne se montrait encore et avec peu d'intensité que sur la pomme de terre et quelques céréales. Plus tard, cette maladie, que je considère comme une sorte de typhus ou comme de nature analogue à la dégénérescence ergotique, commune dans ces dernières années, s'est étendue à la plupart des espèces végétales, qu'elle n'a pas, il est vrai, affectées d'une manière aussi intense que la pomme de terre.

Ce tubercule, plusieurs années de suite, et le pain, parfois, ont été de bien mauvaise nature. Pourquoi faut-il que la cupidité des spéculateurs ait contribué pour une large part à rendre insalubre un aliment aussi essentiel que le pain !

MALADIES DES ANIMAUX.

Depuis plusieurs années, la plupart des maladies des animaux domestiques offrent, chez nous, une frappante analogie avec certaines maladies actuelles de l'homme.

En 1849, lorsque le choléra régnait d'une manière épidémique dans cette contrée comme ailleurs, j'ai reconnu cette affection dans l'espèce chevaline, et, à ce sujet, j'ai rédigé une note qui a été publiée, le 27 octobre de cette année, dans l'*Union médicale*.

En 1850, j'ai adressé à l'Académie des Sciences de Paris une note intitulée : *La grippe du cheval*, dénomination vraie, car la maladie de cet animal était en tout ressemblant à l'affection dite grippe chez l'homme.

La grippe chevaline s'est montrée épizootiquement presque chaque fois que s'est produite l'épidémie de grippe humaine. Cette épidémie et cette épizootie avaient encore lieu simultanément au printemps dernier ; par exemple, au village de Domptail, dans un laps de temps assez court, plus de cent chevaux, jeunes et vieux, furent, m'a-t-on dit, enrhumés, jetèrent par les narines une matière muqueuse puriforme, qui troublait l'eau des auges de la fontaine à laquelle un certain nombre de ces animaux allaient s'abreuver.

Une maladie semblable s'est montrée dans d'autres espèces animales ; par exemple dans l'espèce porcine, qui a offert quelque chose de plus remarquable encore.

A la fin de 1851, au village sus-indiqué, un grand nombre de jeunes porcs furent atteints d'un mal de gorge qui les enlevait au milieu des phénomènes de l'asphyxie, dans un temps très-court, mal de gorge et phénomènes asphyxiques qui, peu de temps après, c'est-à-dire dans les mois de janvier et de février 1852, se produisirent d'une manière épidémique chez les enfants, et que, dans mon rapport officiel adressé à l'Académie de médecine, j'ai désigné sous le nom de typhus à forme croupale. Ce n'était pas le croup, car il n'y avait pas production de fausses membranes, et tout, dans cette affection, la rattachait à nos pyrexies.

La ressemblance entre la maladie de ces enfants et la maladie des jeunes porcs était si manifeste, que les habitants du village donnaient à ces maladies le même nom.

Peu de temps avant l'épidémie de diarrhée et de dyssenterie du village de Bru, en 1852, il y avait des diarrhées dans la race porcine.

Je ne sache pas que, chez les animaux des espèces bovine et ovine, les maladies aient été aussi meurtrières que dans l'espèce porcine; mais je sais que beaucoup de ces animaux sont devenus maigres, chétifs et comme cachectiques.

On s'accorde à dire que le laitage en général est sensiblement moins riche en matière nutritive, plus aqueux depuis quelques années.

Chez les gallinacés, on a vu une affection cholériforme; mais je dois dire qu'ici cette maladie a été plutôt sporadique qu'épizootique, que nous n'avons rien vu de comparable à ce qui s'est passé dans une contrée voisine, dans une partie du département de la Meurthe. L'été dernier, aux environs de Lunéville et de Nancy, le typhus cholériforme a cruellement décimé l'espèce poule. Il n'était pas rare, pendant cette épizootie, de voir, en très-peu temps, disparaître toute la volaille d'une basse-cour.

Dans un mémoire intitulé : *Quelques mots sur certaines maladies du cheval, du chien, du chat, du porc et des poules, comparées à certaines maladies de l'homme* (*Annales médicales de la Flandre occidentale;* livraison d'octobre 1851), j'ai rapporté d'autres faits de médecine comparée, qui me paraissent offrir aussi quelque intérêt, mais qu'il serait trop long de reproduire ici.

Changement dans la constitution atmosphérique.

J'ai regret de ne pas avoir, pour notre contrée, pour notre ville du moins, de relevés météorologiques.

M. le docteur Simonin père, directeur honoraire de l'École préparatoire de médecine de Nancy, publie chaque année, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences, lettres et arts* de cette ville, des observations météorologiques. Du relevé général et comparatif de ces observations faites avec tout le soin, tout le talent dont est capable ce savant médecin, il résulte (je le tiens de sa bouche) que, dans ces dernières années, la température moyenne s'est sensiblement abaissée à Nancy.

Cet abaissement de température a été certainement plus prononcé encore chez nous que dans la ville sus-indiquée, déjà éloignée des montagnes (15 à 16 lieues), et dont, pour le dire en passant, les différentes conditions valent mieux que les nôtres.

Depuis quelques années, nous n'avons pour ainsi dire que des saisons déteintes : des étés pas assez chauds; des hivers pas assez froids pour le repos de la terre et la destruction de certains mollusques et d'autres ennemis des plantes, qui, ainsi, ont pu se multiplier tout à l'aise; parfois de la chaleur et des orages dans la saison froide, parfois du froid en été; des transitions brusques dans toutes les saisons; dans toutes, des pluies plus ou moins abondantes, de fréquents brouillards, d'où élévation considérable du degré hygrométrique.

Appréciation de ces diverses circonstances au point de vue étiologique.

Des conditions météorologiques du genre de celles que je viens d'indiquer, devaient nuire aux plantes, leur créer une sorte de chlorose, de lymphatisme, diminuer leur force de résistance et devenir ainsi en aide à la dégénérescence ergotique, au typhus végétal.

Les mêmes conditions, l'usage alimentaire de plantes malades ou nourries d'eau, pour me servir d'une expression vulgaire, devaient nuire aussi aux animaux et plus encore à l'homme.

Une chose digne de remarque, c'est la ressemblance de la phénoménalité de beaucoup de nos maladies avec les effets de l'ergotisme convulsif. Dans ces maladies, on trouve même quelquefois aussi des accidents semblables à ceux de l'ergotisme gangréneux. L'analogie est quelquefois telle que l'on serait tenté de considérer les accidents comme résultant uniquement de l'intoxication végétale.

Je ne nie pas que des aliments de mauvaise nature ne puissent, à eux seuls, produire des accidents plus ou moins graves. Dans mon mémoire intitulé : *Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses,* en parlant de nombreux cas de diarrhée et de dyssenterie que j'attribuais à l'usage d'un pain fait avec des farines avariées, etc., j'ai écrit ceci : « On ne m'accusera point d'erreur lorsque j'aurai dit qu'il a suffi dans tous ces cas, pour faire cesser et reproduire les accidents, de quitter et de reprendre pendant peu de temps l'usage de ce pain. Les moyens qui empêchaient les selles aggravaient la position des malades, auxquels, alors, il fallait donner un laxatif. »

Mais, ni la maladie des plantes, ni la mauvaise qualité d'une partie de la nourriture animale, ni les causes morales nées des commotions politiques, et d'une misère plus grande, considérées isolément ou même réunies, ne peuvent m'expliquer entièrement la production du règne morbide en question; car, avant que ces changements fussent appréciables, il y avait déjà, et quelquefois chez des personnes vivant dans les meilleures conditions hygiéniques, des affections semblables à celles qui se sont offertes depuis, bien plus nombreuses, il est vrai.

Ces circonstances ont donc contribué puissamment à multiplier les affections dont il s'agit, à leur donner généralement plus d'intensité, et cela en affaiblissant, en perturbant à l'avance l'organisme.

Les diverses combinaisons de ces mêmes circonstances, ont, sans nul doute contribué aussi à modifier la forme, la couleur du règne morbide, si je puis m'exprimer ainsi. L'influence saisonnaire y a eu moins de part que si les saisons eussent été franches; chose qui se conçoit aisément, et qui, par exemple, explique comment la grippe s'est parfois prolongée jusqu'en été, comment les formes gastro-intestinales ont parfois aussi régné en hiver.

Par leurs types principalement, nos maladies ressemblent aux affections paludéennes, et cependant, comme je l'ai dit au commencement de ce travail, les deux contrées voisines dans lesquelles je les ai observées, ne sont pas marécageuses. Il n'y a été fait aucun mouvement considérable de terrain, on n'y a établi jusqu'alors ni canaux, ni chemins de fer, dont les travaux dans certains lieux des contrées voisines, à Nancy, à Sarrebourg, par exemple, ont coïncidé avec la production de fièvres intermittentes, qui parfois ont pris le caractère pernicieux.

On pourrait dire que les miasmes marécageux ont pu nous venir de ces lieux. Mais je répondrai à cela, que le commencement du règne de nos affections in-

termittentes date de neuf ans au moins, tandis que le commencement, dans notre pays, des travaux du canal de la Marne au Rhin ne remonte guère au delà de six ans, et que le début des travaux du bout du chemin de fer de Paris à Strasbourg, qui traverse ce pays, ne date pas de plus de quatre ans.

On me dira peut-être aussi, que la décomposition du détritus des végétaux sur un sol et dans une atmosphère plus humides qu'auparavant, et que de plus fréquents débordements ont pu agir comme des effluves marécageux. Mais, je le dis de nouveau, les années pluvieuses ont été bien postérieures au début de ces affections à type intermittent, et que, comme je l'ai dit en commençant ce travail, j'ai observées d'abord à Baccarat, localité des plus sèches, des plus ventilées et tout à fait exempte de marais proprement dits.

Il faut donc reconnaître que l'influence paludéenne n'est pas absolument indispensable à la production des maladies intermittentes.

(*La suite au prochain N°.*)

Des granulations blennorrhagiques; par M. Schuermans, docteur en médecine à Bruxelles.

Nous nous sommes permis d'émettre les réflexions suivantes sur la thèse intitulée : *Recherches sur les granulations*, et défendue avec talent par M. Delvaux devant la Faculté de médecine de l'université de Bruxelles. Nous croyons faire chose agréable aux lecteurs de ce journal, dans lequel ce travail a paru, en venant soumettre ces réflexions à leur jugement. Voici donc ce que nous avons dit : Messieurs,

La plupart des blennorrhagies sont attribuées à l'existence d'un virus particulier, que l'on nomme par cela même blennorrhagique ; leur bénignité, leur intensité sont proportionnées à la quantité plus ou moins grande de la matière morbifique déposée sur les muqueuses. Cette doctrine si simple a généralement cours dans le monde médical.

L'honorable récipiendaire admet un autre virus que l'on décore du nom de granuleux ; celui-ci possède le triste privilége de produire des granulations, et rien que des granulations ; c'est à lui qu'est dévolue la spécialité de créer des surfaces granulées. Disons de suite, Messieurs, que ce virus étrange n'existe pas, et voici pourquoi : les granulations ne s'observent point sur toutes les muqueuses ; elles ne se voient que sur la conjonctive, le col utérin, et dans le canal de l'urèthre. Quels sont les motifs de cette funeste prédilection ? Là-dessus, profond silence de la part des partisans du virus granuleux. Peut-être répondront-ils que la cause en est à la nature, parfois si bizarre et si excentrique ; mais ils ne prennent point garde que la blennorrhagie ordinaire, qui certes est moins active, moins virulente que la nouvelle blennorrhagie granulée, s'attaque cependant à toutes les muqueuses.

Aussi, à chaque pas, on rencontre des uréthrites, des vaginites, des vulvites, des balano-posthites, voire même des rectites, des otites, des rhinites de cette

origine, et la soi-disant blennorrhagie granulée, elle si contagieuse, si désastreuse, si féroce en un mot, reste confinée sur la conjonctive, le col utérin et dans l'urèthre. Messieurs, avouons-le, il y a là quelque chose par trop illogique pour que ce soit naturel, et partant vraisemblable.

Nous admettons cependant les granulations, nous croyons que les blennorrhagies d'une certaine violence peuvent les produire, et en nous permettant une hypothèse que l'on nous pardonnera sans doute, et que d'ailleurs nous n'avons nulle envie de défendre, nous nous rendons compte de leur présence de cette manière : mais d'abord laissons parler M. Gluge. « Les granulations, dit-il, qui se développent par suite de l'ophthalmie contagieuse, sont composées de cellules ; ces cellules se déposent sous forme de couches successives. Elles sont semblables aux granulations des ulcères sur la peau, et deviennent, comme elles, sécrétoires. » D'après cela, besoin est-il d'invoquer, d'inventer un virus fantastique pour expliquer la formation des surfaces granulées? N'est-il pas plus physiologique, plus rationnel de professer que la blennorrhagie portée à un haut degré d'intensité détruit sur certaines muqueuses l'épithélium qui y est ténu et peu adhérent, comme sur la conjonctive, le col utérin et les parois uréthrales, et que du même coup, elle y détermine un travail de suppuration, lequel peut se manifester sur ces tissus par des granulations pyogéniques. De là, Messieurs, la présence des granulations sur ces muqueuses, fait qui, comme vous le voyez, ne présente rien d'extraordinaire. Si le virus blennorrhagique ne produit pas des granulations sur le gland, la face interne du prépuce, le vagin, la vulve, etc., c'est que probablement la densité de l'épithélium de ces dernières membranes les laisse plus difficilement entamer et moins facilement mettre à nu la couche dermatique, et lors même que cela arrive, on ne trouve encore que des exulcérations ou des végétations, mais point de granulations.

N'est-ce point là, Messieurs, une preuve irréfragable que le virus granuleux n'existe pas. Le virus blennorrhagique seul est cause des altérations pathologiques diverses que l'on rencontre. Tantôt il occasionne une uréthrite simple, mais toujours spécifique, tantôt il fait naître des granulations, tantôt des exulcérations, tantôt des végétations d'après sa quantité, et d'après la texture des membranes muqueuses sur lesquelles il sévit.

Maintenant, prouvons mieux encore, par les observations propres de l'honorable récipiendiaire, l'inanité de la doctrine des granulations.

Dans la première observation, nous voyons un jeune homme atteint d'une uréthrite et d'une ophthalmie blennorrhagiques intenses. Le muco-pus de cette dernière fut portée dans le canal de l'urèthre d'un individu qui voulut bien se prêter à cette expérience. Inutile d'ajouter qu'une blennorrhagie uréthrale s'en suivit.

Sans doute, on croit que ces uréthrites sont granuleuses, que les granulations sont visibles, palpables. Erreur, Messieurs, on explore avec le plus grand soin à l'œil nu, à la loupe, peut-être même au stylet, les organes malades ; mais c'est en vain, nulle part de trace de granulations. Seulement la sécrétion pathologique est purulente, sanieuse, et elle tarit difficilement sous l'influence

d'un traitement méthodique. Et sur ces indices, l'on déclare que ces blennorrhagies sont granuleuses ! Ce diagnostic est inadmissible, parce que tous les médecins sont d'accord pour proclamer bien haut le principe que l'on ne peut asseoir un diagnostic précis des maladies d'un organe quelconque sur les seules altérations de sécrétion que cet organe peut présenter (de là les nombreux instruments inventés pour explorer les cavités du corps humain) et que, généralement, les blennorrhagies simples résistent assez longtemps au traitement le plus rationnel. Ainsi, nous sommes fondé à dire que les blennorrhagies du jeune homme ophthalmique et de l'autre individu ne sont pas granuleuses, car la preuve matérielle, la granulation, manque absolument.

Il est temps de demander à l'honorable récipiendaire la raison pour laquelle on a contaminé la muqueuse uréthrale au lieu de déposer le virus entre le prépuce et le gland ; il y avait, ce nous semble, bénéfice, et pour le malheureux qui s'exposait à l'expérience, et pour l'observateur qui alors pouvait voir, sans grande peine, ce qui en advenait. Mais non, on a préféré les profondeurs de l'urèthre, c'est à elles que l'on s'est adressé pour dissiper les ténèbres de la question en litige. On a donc craint la clarté du jour. En effet, que serait-il arrivé, Messieurs, si l'on avait déposé la matière virulente sur l'organe susdit. Une balano-posthite, peut-être ulcéreuse, mais non point granuleuse, et alors la théorie des granulations si longtemps choyée tombait devant l'expérimentation, et ce n'est pas sans un certain serrement de cœur que l'on renonce à ses plus chères illusions.

Dans la deuxième observation, un jeune homme est affecté, depuis un mois, d'une blennorrhagie considérable, de plus il y a phymosis, la muqueuse du gland et du prépuce se trouve donc ainsi nécessairement baignée dans le muco-pus contagieux. Eh bien ! malgré cette circonstance favorable de ce bain infect prolongé, on ne trouve aucun vestige de granulation ni sur le gland, ni sur le prépuce, ni dans le canal.

Qu'importe, on diagnostique une blennorrhagie granuleuse parce qu'elle a donné lieu à une ophthalmie granuleuse. Certainement nous admettons, et cette observation en fait foi, que la blennorrhagie peut déterminer des granulations sur la muqueuse palpébrale sans que leur présence soit nullement nécessaire dans le canal de l'urèthre, et, ce qui le prouve incontestablement, c'est l'observation première, dans laquelle il est dit : que le muco-pus d'une ophthalmie blennorrhagique, porté dans l'urèthre d'un individu sain, n'y a produit qu'une blennorrhagie ordinaire, puisqu'il a été impossible de découvrir sur la muqueuse altérée la moindre granulation.

Dans la troisième observation, mêmes justes critiques à reproduire.

Dans la quatrième et la cinquième observation, granulations du col et de l'urèthre (dans la quatrième observation, nous ne voyons point de granulations dans le vagin, quoiqu'elle porte pour titre : *Blennorrhagie granuleuse vagino-utérine et uréthrale*). On peut donc dire que, dans ces deux cas, le vagin est intact de toute granulation. Cependant le muco-pus a séjourné pendant plusieurs jours dans ce conduit, donc, s'il doit produire des granulations par son contact

avec les muqueuses, pourquoi n'en a-t-il pas déterminé dans ces circonstances sur la muqueuse vaginale?

Dans la sixième observation, qui ne prouve rien, on voit des granulations dans le canal de l'urèthre. Ici nous regrettons que l'on n'ait pas expérimenté le muco-pus qui en provenait et qu'on ne l'ait pas déposé sur la muqueuse du gland soit du malade, soit de tout autre individu, car, de cette manière, la question aurait été élucidée sur-le-champ; mais on ne l'a pas fait, probablement à cause des raisons que nous avons données plus haut.

Ainsi, Messieurs, des six observations types recueillies par l'honorable récipiendaire, pas une ne milite franchement en faveur de la doctrine des granulations; donc, en présence de ces faits, nous nous croyons autorisé à déclarer que l'existence du virus granuleux n'est point prouvée jusqu'à ce jour. »

D'abord, l'on nous a objecté que les blennorrhagies simples non granuleuses, ou plutôt, pour parler dans notre sens, non compliquées de granulations, sont produites par des causes qui, d'ordinaire, enflamment les autres muqueuses, et que partant elles ne contaminent point. Nous reconnaissons volontiers qu'un certain nombre de blennorrhagies (c'est pourquoi nous avons dit la plupart des blennorrhagies) peuvent être déterminées par des injections irritantes, par le séjour d'une sonde dans le canal, par le coït trop souvent répété, la masturbation, par le contact des lochies, du flux menstruel, des flueurs blanches. Ces cas, que nous nommerons exclusivement *uréthrites*, ont cela de particulier qu'ils n'ont jamais une durée bien longue. Par le repos de l'organe, l'usage des boissons rafraîchissantes, les uréthrites disparaissent au bout de quelques jours. Mais lorsqu'il y a blennorrhagie, c'est-à-dire uréthrite déterminée par le virus blennorrhagique, elle a une durée considérable et, quoi qu'on fasse, elle résiste quelquefois très-longtemps. C'est là, certes, un signe qui différencie nettement ces deux affections l'une de l'autre. Nous défions qui que ce soit de déterminer, par le dépôt d'une matière irritante quelconque, autre, bien entendu, que celle où se trouve le virus blennorrhagique, une uréthrite qui ait seulement une durée de deux septénaires et qui ne se guérisse, au bout de ce temps, par les seuls soins de propreté. Nous savons bien que M. Ricord soutient la proposition que, fréquemment, les femmes donnent la blennorrhagie sans l'avoir, mais des femmes peuvent également donner le chancre sans l'avoir, et, sans entrer dans des détails inutiles pour expliquer comment cela se fait, faisons remarquer que si elles sont parfois vases pour le virus chancreux, pourquoi ne pourraient-elles pas l'être pour le virus blennorrhagique? Outre la durée de l'affection, il y a encore un autre signe qui annonce qu'elle est de nature blennorrhagique : c'est l'écoulement d'un mucus jaunâtre que l'on observe. Quoi qu'il en soit, et qu'il soit parfois difficile de différencier l'uréthrite de la blennorrhagie, prouvons, par des faits, que celle-ci, en dépit de l'absence des granulations, est contagieuse.

Le nommé Victor Berthe est reçu, en 1846, dans les salles de chirurgie de l'hôpital Saint-Pierre. Il est atteint d'une prétendue ophthalmie catarrhale. Au bout de quinze jours, et malgré les moyens ordinaires employés, l'affection

fait des progrès. Il y a hypersécrétion muqueuse ; paupières œdématiées, injectées, et sur la conjonctive on voit très-bien l'hypertrophie papillaire. Vu la durée de cette affection, elle nous parait suspecte et, examinant le pénis de l'individu, on découvre une blennorrhagie simple. Dès lors la nature de l'affection oculaire nous étant révélée, on cautérise légèrement la conjonctive et le malade guérit au bout de quelques jours.

Voici maintenant deux observations empruntées au mémoire de M. Thiry *Sur les granulations* : « B., 23 ans, tempérament sanguin, constitution robuste, entre à l'hôpital Saint-Pierre *atteinte d'uréthrite simple aiguë* et d'ophthalmie intense. A notre visite, nous trouvons un gonflement marqué des paupières ; de l'angle interne de l'œil s'écoulent en nappe des flocons de mucus, qu'on aurait pu confondre avec des gouttelettes de pus ; cornée saine ; conjonctive oculaire vivement injectée ; la conjonctive palpébrale présente une rougeur très-concentrée ; les capillaires s'aperçoivent à peine ; la muqueuse n'a cependant subi aucune transformation ; elle est simplement boursouflée, ce qui renverse les cils agglutinés en pinceau légèrement en dehors ; les papilles de la portion tarsienne sont tuméfiées, d'un rouge brillant et représentent parfaitement ce qu'on a appelé granulations charnues, miliaires. Les follicules de la conjonctive rétro-tarsienne sont également injectés ; ils sécrètent un mucus très-abondant, qui s'étend en nappe sur la conjonctive ; épiphora. Ces follicules, examinés en face de la lumière, la réfléchissent de telle manière qu'ils semblent être transparents. C'est cette réflexion qui, en partie, leur a valu le titre de granulations vésiculeuses. Ils sont disposés en séries parallèles, disposition prévue par les notions d'anatomie. Photophobie ; peu de réaction générale. Nous diagnostiquons une conjonctivite catarrhale, avec turgescence des papilles et des follicules muqueux. Nous ordonnons 6 sangsues à chaque apophyse mastoïde ; purgatif salin ; frictions avec l'onguent mercuriel belladonné.

» Les sangsues sont répétées le surlendemain. Instillations avec le collyre : Nitr. argent. crist. gr. vj, Aq. stillat., ℥iv. L'ophthalmie perdit rapidement de son intensité ; un vésicatoire, appliqué le huitième jour à la nuque, et l'administration de quelques grains de calomel contribuèrent encore à hâter la résolution, qui fut complète au bout d'un mois. La maladie de l'urèthre exigeant encore des soins, la femme B. ne sort de l'hôpital que la huitième semaine, ayant les yeux parfaitement sains ; les papilles et les follicules sont revenus à l'état normal.

» D. Mélanie, tempérament lymphatique, âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 1er mars, affectée de gale et de vaginite. Peu de jours après son entrée, elle est atteinte d'une ophthalmie intense, que nous reconnaissons également être une conjonctivite catarrhale ; symptômes identiques à ceux que nous avons noté dans l'observation précédente. Photophobie très-intense.

» Développement prononcé des papilles et des follicules ; épiphora, écoulement muqueux. Traitement antiphlogistique et légèrement altérant comme ci-dessus ; administration de quelques pilules aloétiques, la menstruation étant en retard. Aujourd'hui (27 mars), la malade se trouve à peu près complétement rétablie ;

l'injection de la muqueuse palpébrale est un peu plus intense qu'elle ne l'est à l'état normal. Elle sort le 2 avril. La guérison est complète.

Ces prétendues ophthalmies catarrhales ont eu cela de particulier qu'elles ont présenté une durée plus longue que celle qui leur est ordinaire, et cela malgré le traitement fort rationnel employé pour les combattre; et qu'on remarque bien ceci qu'un amendement n'a été obtenu que lorsqu'on a eu recours aux escarrotiques. Ainsi, dans la première observation, les antiphlogistiques, les émollients, les purgatifs n'ont point empêché la maladie de progresser, et elle n'a rétrogradé qu'après une légère cautérisation qui fut pratiquée sur la conjonctive palpébrale. Dans la deuxième observation, 24 sangsues ont été appliquées, et malgré cette application, l'affection reste encore stationnaire; ce n'est que du moment où l'on emploie le collyre au nitrate d'argent qu'elle commence à entrer en résolution. Ce n'est point là la marche d'une conjonctivite catarrhale simple qui se laisse sensiblement influencer par les émissions sanguines locales. D'ailleurs une ophthalmie catarrhale n'arrive pas à son apogée au bout de 24 heures, comme on le remarque dans les deux dernières affections. Ainsi, nous sommes en droit de regarder ces ophthalmies comme blennorrhagiques à un faible degré sans doute, parce que les blennorrhagies uréthrale et vaginale elles-mêmes étaient à un médiocre degré de violence.

Dans sa quatrième lettre sur la syphilis, M. Ricord dit: « Il faut reconnaître néanmoins que la muqueuse uréthrale, dans les deux sexes, est plus souvent malade, à la suite des rapports sexuels, que les autres muqueuses des organes génitaux. Ce fait est un argument pour les partisans de la contagion virulente. Je le corroborerai, si l'on veut, par cette proposition qui me paraît incontestable, qu'une femme atteinte de blennorrhagie uréthrale peut être considérée comme l'ayant le plus souvent contractée avec un homme atteint de blennorrhagie, et vous voyez que cette proposition peut avoir son importance en médecine légale; ainsi, pour mon compte, je serais porté à admettre qu'une femme sur laquelle je reconnaîtrais une blennorrhagie uréthrale, l'a reçue d'un homme; mais ce fait vient-il en aide à l'existence d'une contagion virulente ? Non, et je l'explique par cet autre fait, seul vrai et incontestable, que le pus fourni par l'urèthre est le plus irritant de tous les pus pour certaines muqueuses. » Il est évident que M. Ricord, de peur que l'on ne confonde le virus blennorrhagique avec le virus chancreux, préfère le remplacer par une propriété irritante qu'il attribue gratuitement au muco-pus de l'urèthre, puisqu'elle n'est point démontrée par l'expérience; d'ailleurs on ne peut comprendre comment une inflammation déterminée par un pus simplement irritant, persiste pendant des mois entiers, tandis que, étant déterminée par des moyens irritants artificiels, elle s'évanouit au bout de quelques jours. Certes, il faut, pour satisfaire l'esprit, admettre que cette propriété irritante est spéciale, et dès lors on admet un virus.

Ces observations faites, nous voyons M. Ricord professer que les blennorrhagies uréthrales de la femme sont toujours occasionnées par le mucus blennorrhagique de l'homme. Or, la femme B. est atteinte d'une blennorrhagie que son

granuleuse; donc cette dernière a été contractée par contagion, donc les blennorrhagies simples sont contagieuses.

« Pendant que quelques syphilographes, ajoute M. Ricord dans la même lettre, contestent l'existence de la blennorrhagie uréthrale chez la femme, d'autres n'admettent chez elle la blennorrhagie qu'autant qu'elle a son siége dans l'urèthre. Ces deux opinions extrêmes sont erronées. L'observation m'a conduit à admettre toutes les variétés de la blennorrhagie sur toutes les muqueuses. Ainsi voilà de nouveau M. Thiry en contradiction avec M. Ricord. Le premier dit pertinemment que les balano-posthites, les vulvites, les vaginites, les rectites ne sont que des inflammations simples, puisqu'elles ne sont jamais compliquées de granulations, signe pathognomonique de la présence du virus granuleux, qui seul produit les blennorrhagies contagieuses.

La femme publique chez qui on trouve quelquefois la blennorrhagie anale, avoue toujours qu'elle l'a contractée d'un individu malade, mais qu'en se livrant à la bestialité du partenaire, elle espérait échapper à la contagion. Autre preuve.

Presque toutes les blennorrhagies se gagnent dans les lupanars; cependant, les prostituées sont intéressées au plus haut point à se tenir dans la propreté la plus grande, de là les nombreuses ablutions qu'elles se font et les précautions sans nombre qu'elles prennent pour se préserver de toute contamination dangereuse. Si donc la blennorrhagie était occasionnée par un simple principe irritant, ce n'est pas avec cette catégorie de femmes qu'on devrait la contracter, mais avec des personnes à mœurs bien plus sévères. Ainsi, il faut autre chose que la présence des flueurs blanches, de mucosités, des règles, des lochies, etc., pour faire naître la chaude-pisse.

Pouvons-nous, a-t-on encore objecté, fendre le canal de l'urèthre du malade pour découvrir les granulations? Mais on feint d'ignorer que le stylet dans cette circonstance rend d'aussi grands services au praticien que lorsqu'il explore la membrane de Schneider, et nous sommes persuadé qu'avec son aide on peut reconnaître la surface inégale, raboteuse des granulations, surtout lorsqu'elles siégent dans la fosse naviculaire. Ainsi, cette objection n'est rien moins que sérieuse.

Maintenant on dit encore que l'ophthalmie militaire est de nature granuleuse blennorrhagique, et l'on base cette proposition sur la texture de ses granulations, qui est la même que celle de l'ophthalmie blennorrhagique; d'abord, nous savons déjà que M. Gluge les regarde tout à fait semblables aux granulations des ulcères, et nous avons déjà expliqué leur présence sur la conjonctive, le col de l'utérus et dans le canal de l'urèthre, par le travail de suppuration qui s'est emparé de ces muqueuses à cause de la violence de la phlegmasie. Maintenant, que prouve l'identité de ces produits inflammatoires, dans certaines circonstances, par rapport à leur nature? Rien. Le microscope ne trouve pas de différence entre le pus d'un chancre et le pus d'un ulcère simple. Sur les cadavres, allez donc différencier une ostéite simple d'une ostéite syphilitique. Il faut, ici, étudier autre chose que les caractères microscopiques des tissus malades; les antécédents, la concomitance certains symptômes éclairent surtout les

praticiens. Demandons à M. Thiry s'il a un seul fait qui prouve que le pus d'une ophthalmie granuleuse militaire, déposé dans le canal de l'urèthre ou ailleurs, a entraîné l'apparition d'une blennorrhagie. En médecine on ne peut s'incliner devant les théories, mais seulement devant les faits.

Nous accepterons la doctrine des granulations lorsque son auteur aura démontré, par des faits, que les blennorrhagies non granuleuses sont déterminées par de simples agents irritants ;

Que la blennorrhagie granuleuse ne détermine ni vulvite, ni vaginite, ni urétrite blennorrhagiques et réciproquement, car, dans le cas contraire, les granulations sont déterminées par le virus blennorrhagique;

Et qu'il prouve en outre, comme nous venons de le dire, que le pus des ophthalmies purulentes de l'armée et des nouveau-nés occasionne une blennorrhagie granuleuse.

Si l'on établit la vérité de tout cela par des faits, je serai le premier à reconnaître le virus granuleux et à proclamer bien haut son existence.

II. REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Médecine et Chirurgie.

GUÉRISON DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'ONGUENT NAPOLITAIN. — Le docteur Murawieff, sur la recommandation faite par le docteur Lecouppey (*Annuaire de thérapeutique*, 1850) de l'usage interne de la pommade mercurielle pour combattre la phthisie, essaya ce moyen dans deux cas, chez une femme de 30 ans et chez une jeune fille de 18 ans. Il prescrivit les pilules suivantes : ℞ Unguent. neapolitan. ʒij, — pulv. rad. alth. q. s. ut f. s. a. pil. pond. gr. ij. Consperg. pulv. rad. lycopod. — A prendre deux pilules quatre fois par jour. Après que celles-ci eurent été employées pendant une semaine chez la première malade, on vit diminuer peu à peu les douleurs de tête, la toux, l'hémoptysie et tous les autres phénomènes, et il ne resta qu'un peu de faiblesse et un peu de toux qui disparurent en deux mois de temps par l'usage d'un decoctum pillam. nucis jugland. pris à la dose de deux tasses deux fois par jour et aidé d'un régime nourrissant, composé presque exclusivement de viandes. Chez la seconde malade on constata déjà une amélioration sensible après trois jours d'usage de ces pilules ; la fièvre hectique et la toux disparurent complétement et l'appétit revint. Les symptômes locaux fournis par l'auscultation indiquaient un amendement réel. Les pilules ne furent plus administrées que pendant deux jours seulement à la dose d'une quatre fois par jour. Les forces revinrent peu à peu grâce à un régime nourrissant, et il ne resta à la fin qu'un état anémique assez prononcé. On ne peut à la vérité tirer de ces deux faits heureux aucune conclusion quant à l'efficacité du remède, mais ils sont néanmoins de nature à encourager les praticiens. Puissent-ils avoir la même chance que le docteur Murawieff ! Dr D.

(*Med. Zeitung Russlands et Allg. medic. Central-Zeitung.*)

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — M. le docteur Durand-Fardel a consacré une certaine étendue, dans son *Traité des maladies de la vieillesse*, à l'examen des soins à donner pendant et après l'attaque d'apoplexie. Comme les conseils qu'il donne, diffèrent beaucoup de la manière de voir adoptée généralement, nous avons cru utile de les reproduire textuellement.

« Dès que l'attaque survient, on doit débarrasser le malade de ses vêtements et de ce qui peut entraver la circulation ; le tenir dans un endroit frais et bien aéré, la tête découverte, élevée ainsi que le tronc ; réchauffer les extrémités ; s'abstenir de frictions, d'inhalations ou de boissons excitantes ; se contenter d'eau fraîche

ou même glace, si la déglutition est possible.

» Qu'y a-t-il à faire de plus? L'observation d'un grand nombre de faits nous a convaincu qu'il faut être, à ce moment, très-sobre de moyens thérapeutiques, d'émissions sanguines en particulier, et que la médecine expectante, dans les limites que nous allons indiquer, est alors la plus convenable. Que l'on réfléchisse en effet à ce qui se passe : une déchirure vient de s'opérer dans la substance cérébrale; du sang s'est épanché. Tout cela est accompli avant qu'aucun secours ait pu être apporté, et n'est susceptible à cette époque d'aucun retour. Il est donc inutile de chercher à agir sur l'épanchement lui-même. Quelles indications restent alors à remplir? combattre l'état d'hyperémie dont on suppose que l'encéphale est le siége : 1° de peur qu'un second effort hémorrhagique ne vienne surajouter au premier; 2° pour se hâter de dégorger les vaisseaux de la tête, dont la plénitude vient s'ajouter à la compression exercée par le sang épanché.

» Mais il ne faut pas oublier qu'un redoublement de l'effort hémorrhagique ne s'observe que dans des cas très-rares, et que le fait de l'hémorrhagie elle-même a dû opérer sur les vaisseaux hyperémiés de l'encéphale un dégorgement notable. Maintenant si l'on considère que l'épanchement, une fois produit, présente, comme on l'a vu plus haut, une tendance manifeste et continue vers la guérison; que s'il est très-considérable, avec rupture du foyer au dehors, il est au-dessus des ressources de l'art comme de la nature elle-même; que s'il est de petite dimension, il ne constitue qu'une affection légère, au point de vue du péril direct qu'elle entraîne pour la vie, on devra se demander si, dans les cas difficiles, douteux, périlleux, mais avec chances de salut encore, les émissions sanguines ne peuvent pas entraîner à de sérieux inconvénients.

» La nature a besoin de toutes ses forces pour réparer d'aussi graves désordres, pour surmonter l'ébranlement causé par une telle blessure du cerveau, pour suppléer à la quantité d'action nerveuse soudainement soustraite par la lésion même du cerveau et par la compression du reste de l'encéphale. Chez les vieillards, les notions que nous possédons sur la pneumonie hypostatique, cause la plus commune de mort à la suite de l'apoplexie, nous enseignent les graves inconvénients qui peuvent résulter d'un affaiblissement rapide et considérable de l'organisme. En outre, il n'est pas seulement nécessaire de respecter les forces de l'économie, pour que celle-ci puisse suppléer à l'amoindrissement des centres nerveux déchirés et comprimés; il faut encore leur ménager les moyens de fournir au travail de réparation et de cicatrisation des foyers hémorrhagiques, travail qui commence aussitôt l'hémorrhagie accomplie.

» Ainsi, impossibilité d'agir sur l'épanchement hémorrhagique, nécessité de ménager les forces de l'économie, voilà les deux faits qui dominent à l'époque dont nous nous occupons. Reste l'indication de combattre ce qu'il peut demeurer, dans le cerveau, d'hyperémie. C'est uniquement pour y satisfaire que l'on doit tirer du sang à la suite d'une attaque d'apoplexie hémorrhagique; mais il est évident qu'une fois réduit à cette unique indication, on devra se dispenser de ce luxe, c'est-à-dire de cet abus d'émissions sanguines dont on se croit en général obligé d'accompagner toute attaque d'apoplexie...

» Ces diverses considérations sur l'inutilité et sur l'inconvénient des émissions sanguines abondantes, à la suite des hémorrhagies cérébrales, sont basées sur notre propre expérience, qui nous a appris que, dans les hémorrhagies graves, l'emploi des émissions sanguines ne paraît exercer aucune influence appréciable sur la marche des symptômes, non plus que sur l'issue de la maladie; que dans les apoplexies accompagnées de chances de guérison, les premiers amendements que l'on saisit dans les symptômes, et que l'on attribue en général aux émissions sanguines, se montrent aussi souvent avant la saignée, surtout quand des circonstances particulières ont forcé de la retarder; enfin que, d'une manière générale, la marche des symptômes propres à l'apoplexie nous a paru peu influencée par l'emploi des émissions sanguines, nous ne pouvons nous empêcher de croire, sans nous dissimuler la difficulté de telles appréciations, que le développement de pneumonies mortelles a été plus d'une fois favorisé sous nos yeux par ces mêmes émissions sanguines.

» En même temps que nous cherchons à prévenir les praticiens contre l'abus des émissions sanguines, nous leur conseillons de s'abstenir, après une attaque d'apoplexie hémorrhagique, de toute thérapeutique active, telle que vésicatoires, drastiques, etc., et parce que nous n'en comprenons pas l'utilité, et parce que nous n'en avons jamais retiré aucun avantage appréciable. Maintenir sur les extrémités une révulsion douce et continue; débarrasser d'abord les voies digestives à

[illegible] lavemens purgatifs et de purgatifs huileux, recourir ensuite à l'aloès, au calomel; soutenir le malade à l'aide d'une alimentation légère, mais effective; surveiller l'état de la poitrine, et, tout en proscrivant d'une manière générale les vomitifs, employer l'ipéca au moins à dose fractionnée, si les bronches s'engouent, et surtout appliquer alors au-devant de la poitrine un large vésicatoire; plus tard, si le malade s'affaiblit, s'il est d'un grand âge, si la langue se sèche, le soutenir à l'aide de vin généreux pris en petite quantité, essayer d'agir plus directement sur le cerveau par un vésicatoire à la nuque : telle est, pour nous, la seule thérapeutique que réclame une attaque d'apoplexie. »

(*Gazette médicale de Lyon.*)

De la rupture pulmonaire chez l'enfant, et de l'emphysème général qui lui succède; par M. OZANAM. — L'affection qui fait le sujet du présent Mémoire, peu connue jusqu'à présent, et dont la première étude remonte à un an tout au plus, est moins, suivant M. Ozanam, une maladie par elle-même qu'une complication qui survient dans le cours de certaines maladies graves de l'appareil pulmonaire. Cet état, presque toujours méconnu par les observateurs dont l'attention était absorbée par l'affection principale, est cependant important à connaître, car il donne la raison de phénomènes restés jusqu'à présent inexplicables : il devient une source précieuse d'indications.

Tout obstacle à la respiration peut devenir la cause d'une rupture pulmonaire; cet obstacle provient ou d'une affection pectorale, pneumonie ou pleurésie, qui pendant l'inaptitude d'un poumon à la respiration, détermine dans l'autre un surcroît d'activité; ou d'un trouble fonctionnel comme dans la coqueluche, où la toux détermine des efforts violents; ou enfin de l'intensité des cris dans un accès de colère, etc. Suivant l'auteur, et contrairement à d'autres opinions, l'inflammation d'un côté de la poitrine n'entraîne pas seulement le développement de l'emphysème du même côté, mais l'autre côté peut en être également affecté.

Le mécanisme de la rupture est facile à concevoir. Pendant que la glotte est fortement resserrée, que l'abaissement de l'épiglotte obture le larynx et empêche la sortie de l'air autrement que par saccades ou par un jet très-délié, l'enfant presse avec ses côtes et avec son diaphragme pour comprimer le poumon et chasser l'air par l'étroite ouverture du larynx. D'où il résulte que le poumon, comprimé de dehors en dedans par les côtes et le diaphragme, de dedans en dehors par l'air qui le remplit, finit par céder en quelques points, et les cellules dilatées se brisent en plus ou moins grand nombre.

Sous la plèvre pulmonaire se forme une petite cavité de la grosseur d'un grain de millet; puis d'autres se rompent un peu plus loin; elles se multiplient au point que le poumon en paraît criblé; enfin, si la cause persiste, ces petits épanchemens d'air grandissent, se réunissent et puis décollent la plèvre, qui se soulève sous forme de bulles plus ou moins considérables. Jusque-là on ne peut reconnaître la lésion d'une façon certaine. Mais si la cause première continue d'agir, voici ce qui se passe.

L'air rencontre sur son passage les gaînes des vaisseaux pulmonaires, et comme le tissu pulmonaire qui les entoure est peu ferme, peu résistant, l'épanchement aérien s'y ouvre un facile passage, arrive peu à peu jusqu'à l'origine des bronches, s'infiltre derrière la trachée et sort ainsi de la poitrine sans avoir rompu la plèvre. Il remonte derrière le larynx et le pharynx, vient apparaître sur les côtés du cou et dans les cavités maxillo-zygomatiques, décolle et refoule la graisse qui remplit ces cavités, et soulève la peau des joues sous forme d'une tumeur lisse, arrondie, brillante, le plus souvent ferme et résistante, toujours transparente. Bientôt, enfin, l'infiltration s'étend sur la poitrine, les bras, le ventre et le dos, et peut gagner tout le corps progressivement.

Le gonflement de la joue est ordinairement le premier signe qui éveille l'attention du médecin et permet de reconnaître la maladie.

Voilà pour l'extérieur. A l'intérieur, on observe quelquefois le curieux phénomène du *décollement des séreuses*, qui s'opère par le même mécanisme; dans ce cas, la plèvre costale peut se trouver détachée des parois thoraciques et accolée au poumon lui-même. Les accidens peuvent devenir tellement intenses et étendus que le corps entier paraisse comme soufflé; mais cela est rare, et le plus souvent les enfans succombent auparavant.

Le pronostic est ordinairement fort grave, tant en raison de la maladie dont cette rupture et cet emphysème sont la suite, qu'en raison de l'accident lui-même. Très-souvent la mort survient sans que l'on puisse porter aucun secours à l'enfant; d'autres fois, mais plus rarement, la guérison a été obtenue.

Il existe jusqu'à présent dans la science

Sur 33 observations de cet accident : 25 enfants sont morts, 3 ont guéri ; on n'a pu constater la terminaison des trois derniers cas ; en moyenne, une guérison sur 9 malades.

Un fait fort curieux est celui-ci : que l'air introduit ainsi dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-séreux n'y a développé qu'une irritation presque insignifiante, tandis que le contact de l'air extérieur est si nuisible pour les plaies extérieures. M. Ozanam croit pouvoir expliquer cette différence d'action par la différence de composition du fluide gazeux, qui ne pénètre dans le tissu cellulaire, après la rupture pulmonaire, que dépouillé d'une portion de son oxygène, c'est-à-dire de la partie la plus active et la plus irritante ; et puis ensuite cet air, une fois emprisonné, ne se renouvelle pas continuellement comme sur une plaie extérieure.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, la résorption de l'air infiltré est fort lente et exige souvent 8 à 10 jours pour être complète.

La guérison peut se faire de plusieurs manières : 1° par retrait des cellules pulmonaires sur elles-mêmes, et oblitération de l'ouverture accidentelle, lorsque l'obstacle à l'expiration a disparu ; 2° par un dépôt de lymphe plastique ou de sang qui remplit les cellules et les oblitère ; 3° par un travail inflammatoire, une pneumonie, qui oblitère momentanément les cellules et permet aux ruptures de se cicatriser ; 4° on a vu des épanchements pleurétiques comprimer le tissu pulmonaire, et produire le même résultat ; 5° enfin, par la compression exercée sur le tissu pulmonaire par l'air épanché lui-même.

Le diagnostic est assez facile. La crépitation de l'emphysème est plus superficielle que celle de la pneumonie ; elle est sensible à la main et au toucher. Lorsqu'il y a du souffle dans l'emphysème sous-pleural, il ne s'accompagne pas de râle crépitant comme dans la pneumonie au 2e degré, d'égophonie comme dans la pleurésie avec épanchement ; de gargouillement comme dans la phthisie pulmonaire ; de tintement métallique comme dans le pneumothorax.

Enfin, la tumeur de la joue ne peut se confondre avec la tuméfaction gangréneuse de la bouche ; la tumeur aérienne est élastique, transparente ; l'autre est dure et sans rénitence. Dans l'emphysème, les ganglions sous-maxillaires restent intacts. Ils sont toujours gonflés dans les affections organiques locales.

Le traitement comprend deux ordres d'indications : combattre la cause, détruire l'effet. Nous n'avons pas à nous étendre sur la première indication : c'est la thérapeutique bien connue des affections pulmonaires aiguës ou chroniques ordinaires.

Pour la seconde, si l'emphysème est peu considérable, il faut l'abandonner à lui-même. S'il est très-étendu, il peut déterminer des accidents qu'il est nécessaire de combattre.

L'épanchement sous-cutané sera évacué par des ponctions fines avec la pointe d'une lancette, ou mieux avec un trois-quarts explorateur. L'emphysème sous-pleural sera plus difficile à traiter. Dans un cas extrême, cependant, il ne faudra pas hésiter à plonger dans la poitrine un trois-quarts explorateur muni de la soupape de baudruche de Reybard.

A l'appui de ce travail, M. Ozanam rapporte en détail cinq faits qui lui sont propres, et dont quatre se sont terminés par la mort. Il est vrai de dire que chez ces quatre enfants il y avait une inflammation du parenchyme pulmonaire. (*Archives générales de médecine et Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

EMPLOI DE L'URÉE DANS L'HYDROPISIE SCARLATINEUSE DES ENFANTS ; par le professeur MAUTHNER. — Lorsque l'hydropisie consécutive à la scarlatine ne cède pas promptement aux moyens de traitement ordinaires, le professeur Mauthner (de Vienne) emploie quelquefois avec succès l'urée ou le nitrate d'urée comme un puissant diurétique. Le médicament est donné à la dose de 2 grains, mélangé à du sucre et séparé en six prises administrées à deux heures d'intervalle. L'auteur annonce lui-même que ses expériences thérapeutiques, relativement aux effets de l'urée, ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de formuler une opinion précise ; cependant les faits cliniques recueillis jusqu'ici l'engagent à conseiller l'essai de cet agent thérapeutique dans l'hydropisie survenant à la suite de la scarlatine. M. Mauthner publie en même temps l'histoire de deux enfants chez lesquels l'administration de l'urée fit rapidement disparaître l'anasarque. (*Journal fuer Kinderkrankh.* et *Gaz. hebd. de Médecine.*)

OBSERVATION DE NÉPHRITE INTERMITTENTE ; par M. le docteur DEFER, médecin des hôpitaux civils de Metz.

Sous ce titre, je vais rapporter une ob-

servation de phlegmasie intermittente qui offre un intérêt tout particulier sous le rapport de la rareté du fait et sous celui de l'enseignement que l'on peut en tirer.

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des reins, semblent généralement douter que la néphrite se soit jamais montrée sous forme d'accès périodiques. M. Roche, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dit qu'il est douteux qu'on l'ait jamais observée sous cette forme, à moins, ajoute-t-il, qu'on ne veuille considérer comme des intermissions les moments de relâche que l'on observe dans la néphrite qu'entretient la présence de calculs. J'ignore complétement si la néphrite intermittente a été signalée quelque part d'une manière positive, car les auteurs que j'ai eu occasion de lire n'en citent aucun fait authentique; mais je vais en rapporter un cas remarquable, qui n'était nullement lié à la présence d'un calcul, et dont les accès étaient si réguliers, que je considère nécessairement les intervalles qui s'écoulaient d'un accès à l'accès suivant, non comme des intermissions atypiques, de simples moments de relâche, mais comme des intermittences franches, régulières et périodiques à type quotidien.

Le nommé F. Tele, âgé de 38 ans, d'un tempérament lymphatique, sujet à des douleurs rhumatismales erratiques, et habitant une localité où la fièvre intermittente n'est pas rare, fut pris un jour, vers dix heures et quart du matin, d'un frisson violent, caractérisé par un tremblement convulsif, avec sensation de froid très-prononcée. Bientôt une douleur assez vive, avec sensation de chaleur et de pesanteur, se fit sentir à la région des reins et se propagea aux aines et à la vessie. Le malade éprouvait de la soif; son pouls était dur, plein et beaucoup plus fréquent que de coutume. Après cinq quarts d'heure environ de souffrances, l'accès se termina par l'évacuation d'un verre et demi d'urine sanguinolente et épaisse, mais sans transpiration. Chaque jour, depuis six jours, le malade avait eu un accès semblable et toujours à la même heure. D'un accès à l'autre, il n'avait nullement souffert, et l'urine, durant ces intermissions, avait recouvré sa limpidité ordinaire.

Je fis la prescription suivante: application de sangsues et de cataplasmes de farine de lin à la région des reins, bain de siége tiède, tisane de graine de lin, potion de sulfate de quinine à prendre durant l'intermission.

Le lendemain, le malade eut un nouvel accès de néphrite à l'heure accoutumée, mais l'urine n'était plus teinte de sang. Nouvelle potion de sulfate de quinine: les jours suivants, plus d'accès.

Voilà bien, si je ne me trompe, un exemple de néphrite intermittente quotidienne à accès bien réguliers et dont chaque accès se jugeait par une hémorrhagie rénale; car je ne suppose pas que l'on veuille regarder cette phlegmasie intermittente des reins comme une fièvre intermittente légitime, et considérer les accidents rénaux comme une simple coïncidence ou un épiphénomène.

(*Revue des hôpitaux civils de Metz.*)

ACTION SÉDATIVE DU BROMURE DE POTASSIUM SUR LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION. — Le petit nombre d'agents médicamenteux qui jouissent de cette sorte d'action nous engage à signaler les bons résultats qui, d'après un médecin russe, suivent l'emploi du bromure de potassium contre le priapisme, lorsqu'il accompagne certaines formes de blennorrhagie. Outre l'administration de ce sel à l'intérieur, le docteur Thielmann conseille l'emploi local, sur le pénis, de compresses d'eau tiède, recouvertes de taffetas gommé, pour empêcher l'évaporation. Le bromure semble avoir réussi entre les mains de ce praticien contre les satyriasis et les pollutions nocturnes. La formule qu'il emploie est la suivante:

Bromure de potassium. 1 à 2 gram.
Sucre en poudre 6

Mêlez et divisez en douze paquets égaux; en prendre un toutes les deux heures.

(*Medic. Zeit. Russland's et Gazette hebdomadaire*, avril.)

CHORÉE HYSTÉRIQUE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE SIROP D'IODURE DE ZINC. — Nous faisons connaître avec intérêt l'application qui vient d'être faite, par M. Barlow, de ce nouveau sel de zinc au traitement de la chorée hystérique. C'était une jeune fille de seize ans, réglée seulement depuis trois mois, qui vit paraître, à l'époque de sa troisième menstruation, des mouvements choréiques dans les muscles volontaires, surtout dans ceux des membres, qui étaient dans un état continuel de jactitation. A son entrée à l'hôpital de Guy, cinq jours après, on constatait que les bras étaient dans un mouvement continuel, les jambes aussi, mais à un moindre degré; les muscles de la face étaient également affectés, contournant la face de la manière la plus hideuse. La malade fut traitée sans succès pendant trois jours par une décoction d'aloès avec

addition de teinture de valériane ; un vésicatoire fut appliqué en outre le quatrième jour, et la mixture continuée. Le neuvième jour, on commença l'administration de la coloquinte et du calomel, la malade étant constipée. Le treizième jour, la jeune malade était déjà beaucoup mieux, la parole surtout était plus naturelle. On commença le sirop d'iodure de zinc, à la dose de 2 gram. matin et soir, avec du calomel. Le dix-septième jour, les mouvements désordonnés étaient bien moindres ; les gencives commençaient à se prendre. On continua le sirop. Le vingt-unième jour, l'amélioration était extrêmement marquée ; la malade pouvait manger seule, et, quatre jours après, elle dînait au réfectoire général. Le sirop d'iodure de zinc a été encore continué quelques jours, ainsi que la décoction d'aloès. La guérison s'est consolidée, et après trois mois la malade quittait l'hôpital. Le mélange de diverses médications est trop évident dans l'observation précédente, pour qu'on puisse rien en conclure en faveur de ce nouveau médicament, et il y a de plus une lacune très-regrettable, en ce que l'auteur ne nous donne pas la composition exacte de son sirop. Mais, en supposant que ce soit celle du sirop d'iodure de fer de la *Pharmacopée* d'Édimbourg, qui contient ce sel au quinzième, il en résulterait que la maladie aurait pris, à chaque dose du sirop d'iodure de zinc, un peu plus de 5 centig. de ce dernier sel. Toujours est-il que c'est là un sel extrêmement actif, qui mérite d'être expérimenté par les médecins.

(*The Lancet* et *Bulletin général de thérapeutique.*)

Emploi de l'acétate de zinc contre le delirium tremens ; par le doct. FRITSCH, de Lippstadt. — Un malade, qui en deux jours de temps avait déjà pris 54 grains d'opium, sans que cette dose de narcotique eût modifié en rien la maladie ni produit le sommeil, fut soumis à l'action du sel zincique qui eut les résultats les plus heureux et les plus évidents. L'acétate de zinc lui fut administré à la dose d'un gros dissous dans six onces d'eau, pour en prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures ; cette dose diminua notablement le délire. Après l'administration d'une nouvelle dose d'un demi-gros de ce sel sur trois onces d'eau, tous les symptômes de la maladie avaient disparu, sans que le médicament eût cependant amené le sommeil. Dr D.

(*[illegible] Journal*, N° 8.)

Note sur les bons effets du collodion pour combattre les orchites ; par M. COSTES, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. — Frappé des bons effets que nous avions obtenus de l'application du collodion dans divers cas d'inflammation commençante, de la rapidité avec laquelle nous avions vu souvent avorter tous les accidents, soit dans les brûlures, soit dans l'érysipèle, les engelures, le panaris, nous étions naturellement appelé à user de ce moyen contre l'orchite, — et nous l'avons vu réussir merveilleusement.

Nous donnions des soins à un malade atteint d'une uréthrite assez persistante, lorsque cet individu fut tout à coup pris, après une promenade, un peu longue peut-être, d'un engorgement douloureux du testicule du côté droit. Bientôt la douleur devint très-violente, en même temps que la tuméfaction s'accroissait. Il y avait chaleur et rougeur à la peau des bourses. Je conseillai immédiatement l'application, sur toute la partie engorgée, d'un mélange de vingt parties de collodion et de six parties d'huile de ricin. La nuit même de cette application fut calme, le malade goûta du sommeil ; la partie tuméfiée, qui était dure auparavant, se ramollit et pouvait supporter une légère pression : la chaleur, la douleur et la tuméfaction cédèrent en même temps. Le mal avait comme avorté ; le dartos demeura vide sous la couche de collodion, et le malade, qui par l'acuité de sa douleur craignait un mal violent et durable, fut agréablement surpris de se voir si promptement délivré.

Depuis, deux cas analogues se sont offerts à notre observation, où le succès n'a pas été aussi prompt, mais qui déposent néanmoins des bons effets de ce moyen contre cette maladie.

L'un était celui d'un jeune homme qui, à la suite d'un coup de bûche, disait-il, sur les parties, avait vu survenir un gonflement douloureux au testicule du côté droit. Il entra à l'hôpital le huitième jour après son accident, et la tumeur des bourses était alors considérable. La douleur était violente si le malade marchait ou même restait debout ; elle était moindre dans son lit. Néanmoins, la nuit qui précéda ma visite, il y avait eu de l'insomnie, et la moindre compression exercée par les doigts sur la tumeur était insoutenable. Bien que je n'espérasse pas un succès si décisif, vu l'époque plus avancée de la maladie, je prescrivis le même topique, et bientôt le malade eut à se féliciter de son emploi. La tumeur, qui était dure et qui semblait s'accroître, perdit de sa résistance ; la douleur fut assoupie. La nuit

suivante fut calme, et au bout de quatre jours, tout diminuant progressivement, le malade put se lever, marcher, et bientôt il quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Le troisième fait est analogue aux précédents. Un jeune homme robuste et vigoureux se présente aux consultations gratuites à l'hôpital Saint-André. Il avait vu depuis la veille succéder à une blennorrhagie assez intense, vers son douzième jour, un engorgement douloureux dans les bourses du côté droit. Il était obligé pour marcher, même lentement, de soutenir avec la main le testicule engorgé, pour éviter la douleur. La blennorrhagie continuait à couler.

Je prescrivis l'application du collodion mêlé à l'huile de ricin dans les proportions indiquées, et quatre jours après le malade vint me retrouver marchant avec aisance, pour me faire constater sa complète guérison.

Ces faits me paraissent concluants en faveur de l'emploi du moyen dont je parle; et si je compare les résultats avec ceux que m'ont donné si souvent tous les traitements employés jusque-là contre cette affection, je n'hésite pas à dire qu'il leur est préférable de tous points, même à celui vanté par M. le professeur Bouisson, de Montpellier : je veux dire l'application du chloroforme.

En effet, sangsues, émollients, répercussifs, ponction, compression, seule ou accompagnée d'anesthésiques, rien ne m'a paru amener plus promptement que le collodion, la résolution, la guérison de l'orchite. La douleur surtout se dissipa instantanément.

(*Journal de médec. de Bordeaux.*)

Guérison des affections cancéreuses. Nouvelle méthode du Dr LANDOLFI (1); communiquée par le Dr Rodenberg.

Les journaux de médecine allemands ont publié dans ces derniers temps plusieurs observations sur la guérison des affections cancéreuses par une nouvelle méthode, préconisée par un médecin italien, le docteur Landolfi. Ces faits ont eu un assez grand retentissement parmi nos confrères d'outre-Rhin, pour qu'il nous ait paru opportun de porter à la connaissance de nos lecteurs la médication dans tous ses détails.

L'article suivant est extrait et traduit du journal hollandais *Nederl. Weekblad voor Geneeskundigen* :

La méthode de Landolfi a pour but de faire disparaître, par voie d'élimination, les parties molles affectées d'un cancer, en provoquant, au moyen d'un caustique spécial, la gangrène de ces organes, et en formant, par la suppuration, une limite entre les parties saines et les organes attaqués par la maladie, tandis que par cette suppuration, les parties gangrénées se détachent et sont éliminées, ce qui, même dans les organes très-vasculaires, n'entraîne pas la moindre hémorrhagie. Dans la pluralité des cas, la plaie se présente sous un bon aspect, elle guérit par une suppuration modérée; il n'y a pas de réaction générale, pas de fièvre, mais il survient toujours une inflammation plus ou moins vive des parties environnantes, selon le degré de sensibilité de l'individu malade. La douleur diminue graduellement et ne persiste pas au delà de trois ou quatre jours.

Pour provoquer la gangrène des parties cancéreuses, Landolfi se sert d'une pâte composée de chlorure de brome, chlorure d'or, chlorure d'antimoine et chlorure de zinc en parties égales, de farine et d'un peu d'eau; elle est appliquée directement sur l'organe malade. Si l'épiderme est intact, il faut mettre le derme à nu au moyen du nitrate d'argent, avant l'application de la pâte; mais si la peau est très-fine et tendre, on pourra appliquer le caustique sans détruire préalablement l'épiderme. L'action du caustique dépend de l'épaisseur de la couche de pâte appliquée; une couche de 2 *millimètres* d'épaisseur agit à 1 *centimètre et demi* de profondeur. Si les parties environnantes sont très-enflammées, Landolfi prescrit un traitement antiphlogistique local avant l'application de la pâte.

Huit ou quinze jours après son application, la pâte tombe avec les parties éliminées; s'il existe encore quelque endroit induré ou morbide, on applique la pâte une seconde fois dans une proportion convenable. Si une action moins énergique était à désirer, on pourrait mélanger la composition caustique avec de l'axonge.

Pendant les premiers jours, le pansement sera simple et renouvelé une ou deux fois par jour; dès que la suppuration s'établira, on fera usage de l'onguent basilicum et de cataplasmes émollients, jusqu'au moment où les parties gangrénées seront éliminées.

Dans les cas où l'aspect de la plaie est de mauvaise nature ou le pus de mauvaise odeur, Landolfi emploie l'onguent suivant :

(1) Une traduction de cet ouvrage, augmentée d'observations par le Dr Brunn, cons. méd. à Coethen, vient de paraître chez M. J. B. Tircher, rue de l'Étuve, 20. — Prix : 1 fr.

℞ Terebinth.	6 gramm.	
Ol. olivarum	50	—
Ceræ flavæ	24	—
Spermaceti	6	—
Pulv. pterocarp. Santal.	4	—
Camphoræ	2	—

Misce et leni calore in vase vitreo semper agitando lente liquefacta refrigerataque denium ad ollam.

En suivant ce traitement, la guérison des affections cancéreuses de faible étendue et de la peau est obtenue dans trois ou quatre semaines; la cure d'un cancer des ganglions durera de deux à quatre mois.

Le malade ne fera pas usage de médicaments à l'intérieur, pendant la durée du traitement local, hors dans les cas de sensibilité exquise et de douleurs très-vives, où Landolfi recommande une mixture calmante, ainsi composée :

℞ Liq. anod. minér. Hoff. / Laudan. liquid. Sydenh.	ãã 4 gram.	
Syrupi citri	60	—
Aquæ destillatæ	90	—

Sà prendre par cuillerées chaque une, deux ou trois heures.

Pendant le traitement, on recommande au malade une bonne nourriture, l'abstinence de boissons excitantes et un exercice modéré.

Dans les cas d'affections cancéreuses générales ou constitutionnelles, Landolfi fait succéder au traitement local une cure interne et ordonne, matin et soir, une pilule composée de la manière suivante :

℞ Chlorur. bromii	0gr,02
Pulv. sem. phell. aquat. / Extr. conii	ãã 0gr,03

Faites une pilule.

La méthode de Landolfi ne pourra être appliquée que dans les affections cancéreuses accessibles au caustique, comme les cancers de la peau et de certains ganglions lymphatiques. Il paraîtrait que l'affection ne doit pas excéder certaines limites, pour que le traitement soit couronné de succès. Il est certain que Landolfi n'a jamais voulu entreprendre la cure des affections cancéreuses d'une grande étendue, ou celles compliquées d'une destruction déjà considérable des organes. L'expérience nous apprendra si la guérison des affections cancéreuses par la méthode de Landolfi est radicale, s'il n'y a pas de récidives, et si la méthode même est préférable au traitement des carcinômes par la pâte caustique de Canquoin.

(*Presse médicale de Paris.*)

Du choix des caustiques dans le traitement des tumeurs du sein; par M. Maisonneuve. — Tous les caustiques ne doivent pas être indifféremment employés dans les différentes variétés du cancer de la mamelle. Chacun de ces agents a des qualités spéciales, qui lui font mériter la préférence dans tel ou tel cas particulier.

1° Le caustique de Vienne, par exemple, dont l'action rapide et puissante désorganise tous les tissus, doit être en général préféré, toutes les fois que l'on veut agir sur des téguments sains.

La douleur qu'il produit est moins vive que celle de la plupart des autres caustiques; et d'une autre part la promptitude de son action fait que cette douleur ne se prolonge pas au delà d'une ou deux heures tout au plus. Ajoutons qu'il est d'une application facile, et qu'en général on peut exactement calculer son action. Malheureusement, ce caustique si précieux a l'inconvénient, quand on l'applique sur des tissus fongueux et saignants, de former une escarrhe molle et diffluente.

Loin d'arrêter les hémorrhagies, il les provoque; aussi dans le cancer ulcéré et surtout dans l'encéphaloïde, est-il d'un emploi difficile et dangereux.

2° Les acides concentrés, et principalement les acides sulfurique et azotique, un peu moins rapides et plus douloureux dans leur action que le caustique de Vienne, ont une puissance pour le moins aussi grande. De plus, loin de provoquer l'écoulement sanguin, ils contribuent puissamment à l'arrêter; enfin la friabilité de l'escarrhe qu'ils produisent permet de détacher avec la spatule les tissus désorganisés, et de procéder presque immédiatement à de nouvelles applications; de cette manière on peut en quelques jours obtenir la destruction complète de tumeurs fort considérables.

Pour faire usage de ces caustiques, il est nécessaire de les mélanger à quelque poudre inerte, avec laquelle ils constituent une pâte molle et d'une application facile.

M. Velpeau se sert dans ce but de la poudre de safran. Rivaillé se contentait de la charpie. Nous avons trouvé de l'avantage dans l'emploi de la poudre d'amiante, qui, ne se laissant point attaquer par les acides, ne diminue point leur puissance.

Ces caustiques agissent aussi bien sur la peau que sur tout autre tissu. Aussi peut-on les employer indifféremment pour la destruction de toutes les variétés de tumeurs cancéreuses du sein.

3° Caustique de Canquoin (chlorure de zinc). Les pâtes caustiques désignées sous le nom de pâtes de Canquoin, et qui consistent dans le mélange du chlorure de zinc avec la farine de froment, constituent encore un caustique précieux dans les affections du sein. Leur action, il est vrai, est lente et douloureuse; elle ne s'exerce pas sur la peau recouverte de son épiderme; mais à côté de ces inconvénients, elle possède des qualités remarquables, telles que d'être plus facile à manier que tout autre caustique, d'avoir une action parfaitement circonscrite, de faire cesser instantanément toute sécrétion ichoreuse, tout écoulement sanguin, toute odeur fétide, de former une escarrhe sèche qui ne laisse transsuder aucun liquide. C'est surtout dans les cancers ulcérés, fongueux et saignants, que ces pâtes sont d'une utilité incontestable; dans ces cas spéciaux, ils ont sur tous les autres caustiques une supériorité réelle.

(*Presse médicale de Paris.*)

Acide composé de Reitz contre les affections cancéreuses (1). — Feu M. Reitz, médecin d'état-major de l'armée russe, se servit assez longtemps d'un remède secret contre le squirrhe et le cancer, dont la composition et la manière de l'employer ne furent portées à la connaissance du public qu'après sa mort par Geiger (*Répertoire de pharmacie et de chimie pratiques*, 1re année, 1842).

Voici la préparation du remède d'après Geiger : Pr. Acid. nitric. ℥iv; Acid. muriat., æth. sulfur. āā ℥ij; Boracis Venet. ℥j ß. On mêle et on verse le tout dans un flacon de la capacité d'une livre à 1 1/2 livre. On ne bouche pas hermétiquement et on laisse le mélange en repos plusieurs heures. Après quelque temps on observe des bulles de gaz, le mélange brunit et développe beaucoup de vapeurs d'acide nitreux. Cette espèce de fermentation, une fois terminée, le mélange prend une teinte verdâtre. Cela fait, on le verse dans de petits flacons, qu'on ne remplit qu'à moitié et qu'on ferme à l'émeri. Les parties constituantes en sont probablement : l'acide nitrique avec de l'acide nitreux, du chlorure de sodium et de l'acide borique; lequel est éliminé en partie sous forme de petites écailles.

Reitz commençait le traitement du cancer avec le liniment suivant :

Pr. Acid. composit. Reitzii ℥j; Ol. Hyoscyam., Ol. olivar. āā ℥j. On en frictionnait les extrémités supérieures et inférieures le long des vaisseaux lymphatiques, le soir avant le coucher, et on en renouvelait l'usage tous les 8 ou 15 jours, selon les circonstances. En même temps on s'en servait journellement au pourtour de la dégénérescence cancéreuse en frictions ou à l'aide d'un pinceau, et on pansait l'ulcère deux fois par jour avec de la charpie sèche. Pour usage interne, il ordonnait en même temps les gouttes suivantes : Pr. Acid. composit. Reitzii ℥ß; Liq. anodyn. mineral. Hoffmanni ℥j. M. D. S. une fois par jour 10 gouttes dans de l'eau sucrée.

D'après les observations de Reitz et d'autres, la réaction bienfaisante produite par ce traitement dans l'ulcère cancéreux, se manifeste par la diminution de la dureté des bords inégaux et renversés qui s'égalisent et se détergent. S'il survient pendant cette cure une réaction inflammatoire de l'ulcère et des glandes indurées, on applique quelques sangsues et on suspend les moyens employés pour quelques jours. Outre cela, on prescrit aux malades toutes les deux ou trois semaines un bain chaud ou de vapeur. S'agissait-il d'un cancer utérin, le traitement interne restait le même, mais les frictions des extrémités inférieures étaient faites trois fois par semaine. On ajoutait deux fois par semaine les injections vaginales suivantes, qu'on employait soit pures, soit alternativement avec des injections d'eau tiède : Pr. Acid. composit. Reitzii ℥ß; Aq. destil. lib. j; Ext. Opii ℥ß. M. Si la cachexie n'était pas trop avancée et si les organes nobles (?) ne participaient pas à la dégénérescence, l'effet de ce traitement était en général heureux, d'après ce qu'on dit, et même dans les cas incurables les douleurs furent enlevées. Krebel assure que les douleurs diminuent ainsi que les hémorrhagies, les ulcères deviennent plus calmes, les excroissances fongueuses disparaissent, mais l'état général ne s'améliore que d'une manière insignifiante.

Si les ulcères sont fongueux, les injections deviennent nuisibles par les pertes sanguines qu'elles provoquent. Les cas ne manquent pas, où il y eut élimination complète et sans récidive de la dégénéres-

(1) Bien que nous ayons déjà donné la composition du remède du Dr Reitz (Voir notre tome II, page 85), nous n'avons pas hésité à reproduire cet article, d'abord parce que la formule diffère assez notablement de celle que nous avons publiée dans le temps, et enfin parce que nos lecteurs trouveront ici un peu plus de détails sur la manière d'employer ce remède qui a joui d'une très-grande réputation. Dr D.

cance. Cette communication mérite d'autant plus de fixer l'attention, que M. Landolfi vient de nous offrir en cadeau un nouveau remède radical du cancer.

D[r] K.

(*Med. Zeitung Russlands*, n° 5, 1854 et *Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, 24, 1854.)

NOUVELLE EXTENSION DONNÉE A LA MÉTHODE DES INJECTIONS IODÉES, COMME MÉTHODE GÉNÉRALE DE TRAITEMENT CHIRURGICAL; par M. le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule.

Aux diverses séries d'affections auxquelles la méthode des injections iodées a été appliquée avec plus ou moins de succès jusqu'aujourd'hui, nous voulons en ajouter une nouvelle. Chacun pourra apprécier facilement l'importance de cette nouvelle application, lorsque le fait qui nous l'a suggérée sera connu avec détails. Nous avons l'espoir que les conclusions découlent naturellement de l'exposition de ce fait, jusqu'à présent unique, mais qui ne tardera pas à être suivi de quelques autres.

OBSERVATION. — *Déchirure de couches musculaires à la cuisse gauche par suite du passage sur ce membre d'une voiture lourdement chargée; larges contusions ecchymotiques à la peau; épanchement sanguin considérable sous-aponévrotique résistant à la compression méthodique et aux résolutifs, se reproduisant après chaque ponction évacuatrice; guérison radicale par deux injections iodées.*

Un nommé Serre, habitant au n° 25 de la rue de la Pépinière, homme de 48 à 50 ans, d'une constitution herculéenne, conducteur de voitures de déménagement, et jouissant d'une santé parfaite, revenait de Rouen, le 3 septembre dernier, conduisant sa voiture à trois chevaux lourdement chargée.

Cet homme, harassé de fatigue, sommeillait sur les brancards de sa voiture tandis qu'elle cheminait lentement.

A un certain moment, Serre perd l'équilibre, tombe, cherche à se dégager des roues qui allaient passer sur son corps, et ne peut se retirer à temps.

Les deux roues du chariot passent successivement sur la partie antérieure externe du tiers supérieur de la cuisse gauche, en froissant les bourses, tandis que la jambe droite reçoit une violente contusion d'un panier suspendu à l'essieu.

Relevé par des passants, le voiturier est transporté dans la maison la plus voisine; on appelle un médecin habitant à deux lieues de là. Celui-ci, à son arrivée, constate l'absence de fracture, ne voit qu'une énorme tuméfaction, fait couvrir le membre de sangsues, et prescrit des applications résolutives pour les jours suivants.

Le 12, Serre se fait transporter à Paris pour se faire soigner dans sa famille; nous sommes appelé.

Ce malade éprouve encore des souffrances qui ne lui laissent pas de repos; la cuisse gauche présente dans sa moitié supérieure deux fois le volume de l'autre; la peau qui la recouvre offre une teinte noirâtre ecchymotique qui s'étend à toute la région fessière et aux bourses; toutefois, les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale sont intactes. Sur la partie moyenne (face externe) de la jambe droite existe une tuméfaction peu étendue, à teinte ecchymotique.

En palpant la moitié supérieure de la cuisse gauche, on sent une tumeur très-étendue, fluctuante, qui en occupe toute la face antérieure externe jusqu'au grand trochanter. La fluctuation paraît sous-aponévrotique, et quand le malade élève ou abaisse son membre, il dit sentir un mouvement de liquide.

Pendant trois jours, nous établissons une compression méthodique, et l'appareil est arrosé continuellement avec la décoction de quinquina, à laquelle nous avons fait ajouter cinq pour cent d'alcool camphré et d'extrait de Saturne.

Ce traitement donne pour résultat la dissipation des douleurs principales et la diminution de la teinte ecchymotique cutanée, qui est passée au jaune pâle. La tumeur n'a subi aucune diminution.

Le 16, ponction avec un trois-quarts à hydrocèle; issue de 7 à 800 grammes de liquide hématique, qu'on pourrait prendre pour du sang veineux tout pur si le sérum ne prédominait en abondance.

Au bout de vingt-quatre heures, ce liquide ne s'était point coagulé; il s'était séparé en deux parties: le sérum, qui occupait la surface supérieure, et des globules rouges, qui s'étaient précipités au fond.

Une fois la tumeur vidée, on peut sentir à la pression des inégalités sous-aponévrotiques, indices de rupture des faisceaux musculaires du triceps coupé obliquement. Le malade ne peut soulever la cuisse sur le bassin sans le secours de ses deux mains, et éprouve de vives douleurs quand il cherche à contracter ce muscle. Après la ponction, compression méthodique et irrigations résolutives continues.

Cinq jours après, le 21, la tumeur s'est reproduite. Nouvelle ponction, donnant

issue à 600 grammes de liquide de même nature que la précédente fois ; nouvelle ponction, nouvelle compression avec irrigations résolutives.

Le 25, la tumeur est de nouveau pleine. Cette fois, nous nous décidons à pratiquer une injection iodée après l'évacuation du liquide.

Cette nouvelle ponction donne encore issue à plus de 500 grammes de liquide de même nature. Injection de 200 grammes de solution de teinture d'iode au 6e, avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium. Après malaxation de la tumeur pendant dix minutes, les trois quarts du liquide injecté sont extraits. Bandage roulé simple. Pendant vingt-quatre heures, douleurs vives avec fièvre, puis calme complet.

Le 3 octobre, la tumeur est réduite de plus des deux tiers, le liquide occupe la partie centrale, face antérieure ; on sent à la périphérie une résistance insolite, comme une induration cicatricielle.

Ponction directe avec le bistouri, issue de 180 grammes environ de sérum coloré par la teinture d'iode laissée à demeure, filant comme du blanc d'œuf et fortement coagulable.

Nouvelle injection de 100 grammes de solution de teinture d'iode au quart; 20 grammes environ sont laissés à demeure. Bandage roulé.

Cette fois, douleurs modérées de deux heures de durée, absence de fièvre.

Le 7, on sent encore un peu de fluctuation à la face antérieure, dans l'étendue de deux pouces environ.

Le 14, la cuisse a sa forme et son volume ordinaires; il n'y a plus un point fluctuant, et on perçoit à la pression une légère induration, comme celle que donnerait la présence de couches plastiques garnissant la cavité occupée autrefois par le liquide.

Le malade s'est levé depuis deux jours et commence à marcher.

Le 20, il faisait sa première sortie dans Paris, et depuis il n'a cessé de se promener. C'est la jambe droite contusionnée qui lui laisse seule encore quelques douleurs dans la progression. Depuis lors, nous avons revu maintes fois ce malade, et la cure a été radicale.

Il s'agit ici d'une tumeur sanguine située sous l'aponévrose crurale, et résultant de dilacération de couches musculaires par un corps contondant agissant avec violence. Le liquide était fourni sans doute par plusieurs petits vaisseaux veineux béants au milieu des couches musculaires déchirées.

Quel est le résultat ordinaire des moyens chirurgicaux mis en œuvre dans cette circonstance?

La ponction pure et simple ne tarit point la collection, surtout quand il y a des vaisseaux ouverts qui échappent à la compression, situés qu'ils sont dans la profondeur des couches musculaires déchirées. Nous avons vu qu'elle avait échoué deux fois dans notre cas. La compression ne saurait donner d'effets avantageux, puisqu'elle ne peut atteindre les vaisseaux béants, et le liquide qui suinte constamment empêchant l'agglutination des tissus dilacérés. Notre observation est une preuve matérielle de son insuccès.

Une vaste incision susciterait évidemment une inflammation suppurative dont on ne peut prévoir la portée et les chances dans un cas de cette nature. Ce n'est sans doute pas impunément qu'on laisserait un libre accès à l'air atmosphérique dans une semblable cavité.

L'expérience nous a démontré, à nous comme à bien d'autres chirurgiens, qu'il est des collections sanguines qui ne se coagulent jamais et ne semblent pas susceptibles de résorption. Cette tendance était des plus évidentes dans notre cas. Que faire alors ? Il faut évidemment évacuer le liquide et provoquer l'oblitération de la poche. Les moyens diffèrent pour remplir ce dernier but.

Nous croyons avoir fait entrevoir tous les inconvénients d'une vaste incision, l'introduction de bourdonnets de charpie pour obtenir une inflammation suppurative, ne ferait qu'ajouter aux mauvaises chances de l'incision. On le comprend aisément, si l'on veut bien se rappeler le genre de lésion auquel nous avons eu affaire ; si l'on considère que les téguments étaient fortement contusionnés, l'aponévrose sous-jacente endommagée et les couches musculaires déchirées, on jugera l'important service que les injections d'iode ont rendu dans cette occasion, surtout lorsque les autres procédés rationnels étaient restés sans effet favorable.

Les injections d'iode ont fait tarir la source du suintement sanguin ; elles ont procuré ensuite l'oblitération de cette vaste poche en très-peu de temps, sans avoir donné lieu au moindre accident.

Nous espérons qu'un tel cas ne sera pas sans utilité pour la science, et que les praticiens ne balanceront pas à recourir aux injections iodées dans des cas analogues. C'est une extension nouvelle donnée à la méthode.

(*Journal de médec. de Bordeaux.*)

Procédé de M. Velpeau pour l'opération du strabisme. — Les instruments nécessaires sont un blépharergon, deux pinces à griffes solides dont les branches présentent derrière les griffes un certain écartement pour loger le repli de la muqueuse, des ciseaux droits à extrémités mousses.

Les paupières étant maintenues écartées à l'aide du blépharergon, on saisit avec une pince à griffes un pli de la muqueuse et le muscle en même temps, près de son attache à la sclérotique; avec l'autre pince on saisit le même pli plus en arrière, mais en ayant soin de râcler le globe de l'œil de manière à bien saisir tout le faisceau musculaire. Cela fait, on la confie à un aide; puis, à l'aide de ciseaux droits que l'on dirige perpendiculairement au globe de l'œil, on coupe à la fois et le pli de la muqueuse et le muscle: tout cela est d'une rapidité extrême. Avant de lâcher la pince qui a fixé l'œil, il est bon d'exciser un petit lambeau de conjonctive et la faible portion qui reste du tendon du muscle. Est-il nécessaire de débrider pour achever de couper toutes les insertions, il suffit de deux coups de ciseaux, l'un en haut, l'autre en bas.

Le seul inconvénient de cette myotomie qu'on pratique à ciel découvert, c'est la formation d'un petit bourgeon charnu que plus tard il est très-facile d'exciser.

Tel est le procédé que j'emploie maintenant d'une manière exclusive. Sans doute on parvient ainsi à redresser l'œil; mais il ne faut pas oublier que chez les strabiques, comme un seul œil sert habituellement à la vision, l'autre finit par s'affaiblir, pour peu que la difformité soit ancienne. De cette inégalité dans la force des deux yeux on voit résulter, après l'opération, des troubles fonctionnels quelquefois longs à disparaître.

(*L'Abeille médicale.*)

Utilité des bandages dans le traitement de l'eczéma rubrum de la jambe. — C'est une maladie si souvent rebelle à nos moyens thérapeutiques que l'eczéma rubrum des membres inférieurs, que nous pensons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître les préceptes suivis par M. Chapman, après une longue expérience, pour le traitement de cette affection. « La première chose à faire, dit-il, c'est de faire garder le repos au malade, sur un lit ou sur un sofa; et lorsque l'inflammation est assez vive, c'est là une chose tout à fait indispensable. Malheureusement, il est trop souvent impossible aux malades de s'y soumettre, et, ce qui convient mieux alors, c'est l'emploi d'une espèce de bandage humide, sans exercer cependant une véritable compression. Dans le cas où l'inflammation est assez intense, il peut être nécessaire de recourir aux émissions sanguines locales. Mais ce qui est capital dans ce traitement, c'est l'enveloppement du membre, préalablement lavé avec une faible décoction d'orge, dans des compresses trempées dans de l'eau blanche tiède ou de la glycérine, et, à la suite, l'application d'un bandage roulé, pas trop serré, en ayant soin de revenir plusieurs fois par jour à ces lotions, en imprégnant le bandage, qui ne doit être renouvelé que toutes les vingt-quatre heures. Dans certains cas, il faut toucher légèrement la peau enflammée avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent (0,10 pour 30 gram. d'eau distillée). A chaque réapplication du bandage, on voit les squammes épidermiques se détacher sans la moindre irritation. Les purgatifs salins doivent être associés à ce traitement; mais, néanmoins, l'auteur préfère les diurétiques, un mélange, par exemple, de l'acétate et du nitrate de potasse, du vin de colchique.

A l'état chronique, l'eczéma rubrum réclame surtout l'emploi des astringents en pansements: ainsi les lotions de créosote, de chlorure de chaux, qui sont de beaucoup préférables aux pommades. A mesure que la peau revient à sa structure normale, le bandage ne doit pas être renouvelé aussi fréquemment, tous les deux ou trois jours par exemple, en ayant soin cependant de l'humecter avec quelques solutions astringentes. Enfin il ne faut pas renoncer prématurément à ce traitement, surtout s'il y a des veines variqueuses.

(*Treatment of obstinate ulcers and cut. eruptions*, et *Bull. gén. de thérap.*)

Luxation de la rotule en dehors, réduite par un nouveau procédé; par M. V. POULET, D.-M.-P., à Plancher-les-Mines. — La luxation de la rotule est une lésion rare. M. Malgaigne n'a pu rassembler que onze cas de luxation en dehors, qui est cependant l'espèce la plus commune. De plus, la réduction offre quelquefois d'assez grandes difficultés. On a vu Sabatier y échouer et contraint de recourir à l'expérience de Boyer. A ce double titre, le fait suivant mérite l'attention de nos lecteurs. Nous le laisserons exposer par l'auteur lui-même.

Obs. — « Le 26 décembre dernier, on

m'apporta à la consultation de la manufacture à laquelle je suis attaché, la petite Denise S...., âgée de 6 ans, qui, la veille, avait fait une chute de dessus un banc de table assez rapproché du mur. Après l'accident, elle put encore faire quelques pas, puis la marche devint tout à fait impossible. Voici les symptômes que m'offrit le genou gauche : aplatissement d'avant en arrière ; dépression au niveau de la rainure inter-condylienne. Au niveau du condyle externe, saillie remarquable formée par la rotule, légèrement mobile. Pas de gonflement général ; mais il existe une tuméfaction circonscrite, rouge, douloureuse au toucher au-dessus et en avant de l'épine du tibia. Ce point donne, par son gonflement, une forme bizarre au genou, et embarrasse au premier abord le diagnostic, parce qu'il attire principalement l'attention et la détourne de la saillie moins considérable formée par la rotule sur le condyle externe. Il est à croire que c'est là qu'a porté le choc cause du déplacement, et que le gonflement indiqué n'est autre chose que le produit d'une violente contusion. Enfin, à l'encontre de l'opinion des auteurs qui ont vu, les uns le membre dans la flexion, les autres, exceptionnellement, dans l'extension, je n'ai point constaté de position permanente du membre, mais une égale facilité à la flexion et à l'extension.

» Pendant que le membre était maintenu dans la position rationnelle prescrite par Valentin, c'est-à-dire la cuisse légèrement fléchie sur le bassin et la jambe dans l'extension sur la cuisse, j'essayai de réduire en pressant avec les pouces sur le bord externe de la rotule, suivant le procédé ordinaire. Toutes mes tentatives demeurèrent infructueuses. Ce que voyant, la rotule étant maintenue au niveau de la rainure inter-condylienne par la pression que j'exerçais sur elle, je fis fléchir rapidement la jambe sur la cuisse. Aussitôt la rotule rentra sans bruit à sa place, et le genou reprit sa conformation habituelle. Immédiatement après, la marche redevint possible. Les jours suivants, il se forma un abcès du volume d'une petite noix sur l'épine du tibia, à l'endroit de la tuméfaction précitée ; mais la guérison n'en fut guère entravée. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les remarques auxquelles il se livre sur l'efficacité et le mode d'action de son procédé. Le point principal eût été de vérifier d'abord si la luxation était complète ou incomplète. En effet, dans les luxations incomplètes, la flexion de la jambe a sa raison d'être ; et elle a été mise en usage ainsi avec succès par M. Coze, pour une luxation verticale interne. M. H. Mayo l'a employée pour une luxation complète ; mais il peut rester des doutes sur cette observation, d'autant que quelques années après, l'auteur la reproduisant de mémoire, lui donnait les caractères d'une luxation incomplète. Au reste, la luxation de M. Poulet eût-elle été complète, en prenant soin, ainsi qu'il l'a fait, de ramener la rotule en avant, dans les conditions de la luxation incomplète, on pourrait tenter la flexion sans péril, et réussir même ainsi qu'il a fait ; et c'est dans la combinaison de ces deux manœuvres que consiste, suivant nous, l'originalité et l'efficacité du procédé.

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

Rétention d'urine par suite d'un rétrécissement ; ponction de la vessie, et sonde laissée à demeure pendant cinq jours sans aucun accident ; observation recueillie par M. VANGAVER, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. — Le nommé Vantatour, âgé de 42 ans, forgeron, entra le 2 mars 1854, salle Saint-Augustin, pour une rétention d'urine.

A l'âge de dix-huit ans, il avait eu une chaudepisse accompagnée de végétations ; Richerand le débarrassa de son écoulement à l'aide de tisanes rafraîchissantes et de bains, sans injections. Ce ne fut que quatre ans après que le passage de l'urine devint douloureux ; le jet était moins fort, élargi en queue d'hirondelle, et enfin le malade pissait sur ses souliers. Il n'y fit pas autrement attention jusqu'à 1846, où une rétention d'urine l'obligea d'entrer à l'hôpital Saint-Louis. M. Jobert pratiqua le cathétérisme avec une sonde en argent d'un assez gros calibre, et pénétra dans la vessie sans trop de difficulté ; mais en déterminant une vive douleur au niveau du périnée, avec un écoulement de sang par la verge en assez grande abondance ; et pendant quatre jours les urines restèrent colorées en rouge par une petite quantité de sang. Ce seul cathétérisme et quelques bains après firent disparaître la rétention. Le jet d'urine aurait même, d'après le malade, repris un volume égal à celui qu'il avait avant la chaudepisse.

Cependant, après une autre année, le rétrécissement reparut, et ne cessa de faire des progrès. Enfin, mercredi 1er mars, il fut pris vers quatre heures du matin d'un violent besoin d'uriner, et ne put y satisfaire. Alors il essaya de se sonder lui-même avec une sonde en gomme élastique

du nº 15 environ ; ses efforts n'aboutirent qu'à amener un léger écoulement de sang par l'urèthre. Depuis quatre heures jusqu'à huit heures du matin, la rétention fut complète. Quelques gouttes d'urine sanguinolente s'écoulèrent alors. Malgré la gravité de son état, Vantadour se rendit à son ouvrage et travailla jusqu'à six heures du soir. Pendant la journée, l'urine s'est écoulée goutte à goutte ; les souffrances n'ont pas été grandes ; le bas-ventre est à peine douloureux.

Même état dans la nuit de mercredi à jeudi 2 mars. Le malade entre alors à l'hôpital.

On constate que la vessie est distendue par l'urine, et que le rétrécissement existe au-dessous et un peu en arrière de la symphyse. L'état général n'offre d'ailleurs rien d'alarmant. Après quelques tentatives infructueuses, M. Malgaigne franchit le rétrécissement avec une bougie filiforme dont le bout a été préalablement roulé en spirale. Cette bougie est laissée à demeure dans le canal.

La journée du 2 se passe sans accidents. La miction se fait toujours goutte à goutte ; mais dans la soirée le malade retire la bougie, et parvient à rendre une petite quantité d'urine, la moitié d'un verre environ. Soulagement notable, mais de peu de durée.

Vendredi 3 mars. Le malade a été assez agité cette nuit ; il n'a pu rendre que quelques gouttes d'urine. Le ventre est plus tendu, un peu sensible, et la vessie, tendue et globuleuse, remonte presque au niveau de l'ombilic. M. Malgaigne essaye à plusieurs reprises de franchir le rétrécissement avec des bougies filiformes, des bougies en cire, des sondes métalliques. N'ayant pu réussir, il se décide à ponctionner la vessie. La ponction est faite à cinq centimètres au-dessus de la symphyse avec un trocart à hydrocèle. On retire le poinçon, et à sa place on fait glisser dans la canule une sonde en gomme élastique qu'on enfonce profondément dans la vessie. Un jet d'urine peu colorée et non fétide s'échappe aussitôt. On fait coucher le malade sur le flanc pour faciliter l'écoulement du liquide, et on recueille ainsi un litre environ d'urine. La canule est retirée d'une main, tandis que de l'autre la sonde est maintenue dans la vessie ; puis on la fixe sur l'abdomen à l'aide de fils et de bandelettes en diachylon. La douleur causée par l'opération a été presque nulle, et le soulagement instantané. — Diète, peu de boissons.

La journée se passe bien. Le malade débouche sa sonde trois fois, et rend près d'un litre d'urine. L'hypogastre n'est pas douloureux, il n'y a pas de fièvre.

4 mars. La nuit a été bonne ; le malade a bien dormi ; l'état général est des plus satisfaisants. — Une portion sans vin. — J'introduis dans l'urèthre une bougie en cire du nº 8 environ.

5 et 6. Même état.

Le 7. Le cathétérisme devient de plus en plus facile. Le malade urine par l'urèthre et ne se sert plus de la sonde abdominale.

Le 8. On retire cette sonde ; il s'écoule quelques gouttes d'urine par l'ouverture. Le soir, cette ouverture paraît complétement fermée.

Le 9. Il n'existait plus à l'endroit de la ponction qu'une petite rougeur qui avait disparu le lendemain. Le malade était donc tout à fait guéri de son opération. La dilatation de l'urèthre, déjà très-prononcée, s'est continuée sans obstacle ; et le sujet a quitté l'hôpital le 23, urinant à plein canal.

La ponction de la vessie, encore redoutée par plusieurs chirurgiens, est une opération aussi simple et aussi innocente que la ponction péritonéale dans l'ascite. Lors donc qu'un rétrécissement de l'urèthre irrité par une cause quelconque, et surirrité encore par un cathétérisme imprudent, a fermé toute issue à l'urine, M. Malgaigne n'hésite pas à ouvrir une voie nouvelle à l'urine, et il préfère de beaucoup la ponction au cathétérisme forcé, fût-ce avec la sonde conique. Le repos de l'urèthre pendant quelques jours, au besoin des cataplasmes au périnée, calment l'irritation et permettent de tenter avec les bougies un cathétérisme autrement impossible ; et cette observation, après bien d'autres, montre l'efficacité de cette thérapeutique en même temps que son innocuité (1).

(*Revue médico-chirurg. de Paris.*)

Observation de duplicité du vagin et de la matrice chez une fille de vingt ans.

— Notre honorable confrère, M. le docteur Dugniolle a consigné dans ce journal (voir tome I, page 162), l'observation d'une fille que la nature, par une modalité peu commune, avait dotée d'un double vagin et d'une matrice à deux cols. Voici un fait qui a beaucoup d'analogie avec celui que nous venons de rappeler : renvoyons nos lecteurs ainsi qu'au savant rapport que notre collègue M. Pigeolet a présenté sur cette observation (tome II, page 155).

(1) M. Heylaerts, chirurgien à Bréda, a publié dans ce Journal (tome II, page 164) une observation intéressante de ponction de la vessie. Nous y

il a été publié par M. le docteur Thélu, de Dunkerque, dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris*.

La fille Blondeel, âgée de 20 ans, d'une constitution robuste et sanguine comme le sont en général les femmes de notre contrée ; inscrite au dispensaire de notre ville, elle a été visitée régulièrement pendant deux ans tous les dix jours. Depuis son inscription, cette fille a communiqué plusieurs fois la blennorrhagie à des militaires. Le 31 août 1848, en la visitant avec le soin le plus minutieux, j'ai constaté les faits suivants :

Le pénil est fort développé et garni de poils, les grandes lèvres sont très-développées ; en les écartant, on trouve un clitoris simple ; et de même au-dessous, en écartant les petites lèvres, le méat urinaire simple. L'ouverture du vagin est partagée en deux par une cloison membraneuse et charnue de l'épaisseur du petit doigt. Cette cloison est perpendiculaire ; toutefois, un peu plus déjetée à droite qu'à gauche, de manière que le vagin gauche paraît devoir servir le plus souvent à l'acte de la copulation.

Ayant introduit le spéculum dans le vagin gauche, j'ai trouvé dans le fond une matrice bien conformée et dont le museau de tanche peut avoir trois centimètres de long. L'ouverture de la matrice est ronde ; la muqueuse des parties latérales du vagin est très-plissée, cette femme n'ayant jamais eu d'enfants.

J'introduis ensuite mon spéculum dans le vagin droit au fond duquel je trouvai une seconde matrice un peu moins forte que la première ; le vagin était de même très-plissé.

Pour bien m'assurer que cette femme avait effectivement deux matrices, je l'ai touchée avec beaucoup de soin pour voir s'il n'y avait aucune communication dans le fond entre les deux vagins, et si le spéculum ne rencontrait pas la même matrice. Je ne trouvai aucune communication. Pour être encore plus certain de mon fait, j'ai passé mon spéculum dans le vagin droit, et n'y ai trouvé que la matrice de ce côté ; ce qui m'a entièrement confirmé dans mes premières idées.

Le 9 septembre 1848, cette femme ayant ses règles, voici ce que j'ai observé : du côté droit, elles étaient peu abondantes ; mais du côté gauche, elles coulaient en plus grande quantité.

Cette fille pourrait concevoir à deux époques différentes, donner une grossesse double, et, par là, induire la science en erreur concernant la superfétation.

HYDROPISIE UTÉRINE EN DEHORS DE L'ÉTAT DE GESTATION. *Observation recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Teissier*, par M. DARD, interne.

MM. Stoltz et Naegele, au congrès médical de Strasbourg en 1842, ont nié l'existence de l'hydrométrie en dehors de la grossesse. M. Teissier, dans un mémoire publié en 1842, réunit de nombreuses observations empruntées à Fernel, Frank, Mauriceau, Lisfranc, Jobert de Lamballe ; il établit d'une manière évidente le diagnostic de cette affection, réfuta les objections présentées au Congrès de Strasbourg et prouva, par des faits incontestables, l'existence de l'hydrométrie. Voici la relation d'un nouveau cas qui s'est présenté récemment dans le service de M. Teissier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et dont l'authenticité est à l'abri de toute contestation.

Bouillot (Françoise), de Mâcon, âgée de 34 ans, habituellement bien portante, a eu trois enfants, le dernier il y a quatre ans ; elle a toujours conservé depuis des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Il y a dix-neuf mois que son ventre a commencé à grossir ; il a continué à se développer pendant neuf mois. Dans cet espace de temps elle a eu deux fois ses règles, mais pendant quelques heures seulement ; la première fois, un mois et demi après le début et la seconde trois mois après. La malade se croit enceinte, elle ressent des mouvements analogues à ceux du fœtus, ses seins sont gonflés, la sécrétion laiteuse est abondante. A l'apparition des premières douleurs elle se rend à la Maternité de Mâcon. Une sage-femme, après l'avoir touchée, lui dit, qu'elle n'est sans doute pas enceinte ; que, du reste, rien n'indique que le travail soit commencé. Les douleurs continuent et augmentent ; elle perd environ trois litres d'eau et son ventre diminue un peu. A partir de ce jour, il y a eu pendant trois mois un écoulement d'environ deux litres chaque jour ; son ventre a repris peu à peu son volume normal. Il n'y a jamais eu expulsion d'aucun corps étranger pouvant faire soupçonner l'existence d'une môle. Depuis cette époque, les règles reviennent régulièrement les premiers jours du mois, et, au milieu de chaque mois, pendant deux ou trois jours, elle perd chaque jour deux litres d'un liquide séreux. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, ses règles sont venues le premier du mois, et, le 15, elle a perdu un liquide alcalin analogue à la sérosité des ascites ; les linges et les draps qui en étaient imprégnés exhalaient une odeur analogue à celle des lochies. Le col, largement entr'ouvert,

avait environ trois fois le volume normal; il était ainsi que le vagin tout lubrifié par le liquide qui sortait de l'utérus. Cet écoulement dura trois jours; pendant ce temps les seins étaient gonflés, douloureux et sécrétaient du lait. Ce phénomène se renouvelle tous les mois. Il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de cette affection puisque nous avons assisté à l'écoulement du liquide. Cette observation présente, comme particularité remarquable, l'apparition des règles, en très-petite quantité il est vrai, sans écoulement du liquide de l'utérus, lorsque l'hydrométrie se forma la première fois. Elle n'a d'importance qu'au point de vue de la séméiologie, car la malade n'est restée qu'un mois à l'Hôtel-Dieu, temps nécessaire pour établir le diagnostic avec précision et exactitude, et, lorsqu'on aurait pu commencer un traitement, elle est sortie brusquement de l'hôpital.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

Nouveau procédé de suture de la plaie utérine après l'opération césarienne. — On sait que les accoucheurs sont assez partagés d'opinion relativement au mode de réunion à employer après l'opération césarienne; néanmoins, de nos jours, on se borne à réunir la plaie extérieure par plusieurs points de suture entortillée ou enchevillée, et la plaie de l'utérus est abandonnée à elle-même, à la rétraction des fibres utérines. Un fait observé dans ces derniers temps par un habile accoucheur de Rouen, M. Pillore, fait dans lequel cet accoucheur, ayant pratiqué l'hystérotomie dans les conditions en apparence les plus favorables pour une tumeur fibreuse irréductible de l'excavation pelvienne, a vu la malade succomber à un épanchement de sang dans l'abdomen, résultant de l'écartement des lèvres de la plaie, tendrait, par conséquent, à prouver que ce mode de pansement offre de graves inconvénients et ne s'oppose pas à beaucoup près, d'une manière certaine, à l'épanchement du sang et du liquide puerpéral dans la cavité péritonéale. M. Pillore a donc été conduit naturellement à conclure qu'il serait avantageux de réunir d'abord par une suture, qu'il propose d'appeler utéro-abdominale, chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale, de manière à isoler de la cavité péritonéale la plaie et la cavité utérines, lesquelles vont sécréter incessamment des liquides dont le contact devra enflammer le péritoine. M. Pillore propose, en conséquence, le pansement suivant : 1° La suture dite utéro-abdominale, suture à points séparés, occupant le tiers inférieur de la plaie abdominale, destinée à réunir chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale; et 2° une suture abdominale, suture enchevillée ou entortillée, ayant pour but de réunir entre elles les deux lèvres de la plaie abdominale dans leurs 2/3 supérieurs. Voici le procédé opératoire de la suture utéro-abdominale : supposons la plaie utérine réduite à 5 ou 6 centimètres, occupant le tiers inférieur de la paroi abdominale, qui a 16 centimètres d'étendue, le fond de l'utérus arrivé au niveau de l'ombilic. Le chirurgien saisit, du pouce et de l'indicateur de la main gauche, l'angle inférieur de la plaie utérine et le point correspondant de la lèvre droite de la paroi abdominale, avec une aiguille courbe, solidement fixée à un porte-aiguille et armée d'un fil, il réunit, à sa partie la plus déclive, la lèvre droite de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale; noue les chefs de cette anse de fil, pendant qu'un aide dispose sur le porte-aiguille une autre aiguille armée de fil. Il fait de la même manière les autres points de la portion de suture utéro-abdominale destinée à réunir la totalité de la lèvre droite de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre droite de la paroi abdominale; il procède de même pour réunir la totalité de la lèvre gauche de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre gauche de la plaie abdominale. Nous avons cru devoir faire connaître avec détail ce nouveau procédé de suture, parce qu'il nous paraît répondre à un inconvénient grave du mode de réunion généralement suivi dans les cas de ce genre; mais, en l'absence d'application de cette suture sur le vivant, on comprend toute notre réserve. C'est l'avenir qui jugera de la question.

(*Bull. des travaux de la Soc. de méd. de Rouen* et *Bull. gén. de thérap.*)

Sur les lésions consécutives à l'application du forceps. — Parmi les lésions inhérentes à la disposition et au mode d'action du forceps, il en est une, selon M. Dubois, qui n'a été signalée nulle part : c'est la compression du cordon ombilical.

Le cordon fait assez souvent des circulaires autour du cou; un de ces circulaires peut se relâcher, former une anse qui flotte et se rapproche d'un des côtés de la tête. Rien n'empêche alors que le forceps, si convenablement appliqué qu'on le suppose, ne comprime cette anse à l'insu de l'accoucheur; et si le travail a été long, si

l'extraction de la tête est difficile, si la résistance des parties molles commande une certaine lenteur dans la manœuvre, il peut s'écouler un temps assez long pour que l'interruption du cours du sang dans le cordon amène la mort de l'enfant. M. Dubois a vu plusieurs cas de ce genre, et malheureusement il a pu se convaincre en même temps de l'impossibilité de prévenir un pareil accident. Pour reconnaître la disposition particulière dont il s'agit, il faudrait que le bassin fût très-large, condition directement opposée à celle où l'on se trouve obligé d'appliquer le forceps dans la plupart des cas. Cette lésion ne doit donc être indiquée ici que parce qu'elle est possible et de telle nature que l'homme de l'art ne saurait en être responsable.

Il est plus ordinaire de voir le forceps produire des excoriations, des coupures. M. Dubois a présenté à sa clinique l'enfant d'une femme en apparence bien conformée, et chez laquelle le bassin était rétréci dans son diamètre sacro-pubien. La tête, comme il arrive toujours, était placée transversalement et retenue au détroit supérieur. Les branches du forceps ont dû par conséquent être appliquées sur les extrémités, et peut-être, par suite du glissement de l'une de ces branches, le contour de la cuiller s'est dessiné sur le front et un des bords a coupé les téguments. Néanmoins, quoique la peau ait été intéressée dans toute son épaisseur, cette petite plaie n'avait rien de grave. A moins de dispositions favorables au développement des érysipèles, ces coupures guérissent vite, et celle-ci en particulier était cicatrisée au bout de quelques jours.

Dans d'autres circonstances l'application du forceps a pour conséquence un enfoncement des os du crâne, mais il est rare que ce soit la cuiller de l'instrument qui produise cette lésion dont le siége ordinaire est la partie de la tête qui se trouve en contact avec l'angle sacro-vertébral. M. Dubois en a montré un exemple chez l'enfant d'une femme couchée au n° 26 des salles. Cette femme était très-petite ; la tête de l'enfant était élevée et chassait devant elle une poche volumineuse. On a vainement rompu cette poche, la tête ne s'est pas engagée. Alors, mais seulement après plusieurs heures de travail, le forceps a été appliqué sans résultat ; puis il l'a été une seconde fois sans plus de succès. Ce n'est qu'après un repos de six heures qu'une troisième application de l'instrument a été suivie de l'extraction d'un enfant qui n'a vécu que quelques heures, et qui portait une fracture d'un des pariétaux. Or, on ne pouvait pas attribuer cette fracture à la pression du forceps, puisque celui-ci était appliqué sur l'occiput et sur le menton. Il était évident que l'angle sacro-vertébral avait été dans ce cas l'agent passif mais direct de la lésion osseuse. Le même accident se produit parfois dans des accouchements spontanés chez des femmes n'ayant aucune déformation du bassin. Il faut savoir du reste que ces lésions des os du crâne, faites sans doute pour donner de l'effroi, ne sont pas constamment mortelles. Si l'enfant succombe, c'est plutôt à la longueur du travail que sa mort doit être attribuée ; car souvent la dépression des os s'efface ou devient moins sensible ; il n'y a aucun signe de paralysie ; et si l'enfant est bien nourri et n'a pas trop souffert, il peut guérir en quelques semaines, comme on en a vu plusieurs exemples à la Clinique.

Enfin, comme lésion consécutive à l'application du forceps, il faut ranger encore la congestion cérébrale, accident rare, mais possible chez la femme mal conformée, alors que l'énergie de la compression exercée par les cuillers sur les côtés de la tête dépasse les limites de la contusion des téguments et va retentir au delà même des os du crâne. Puis vient ensuite, et celle-ci est très-commune, une lésion qu'on a mal interprétée, la paralysie de la face. On a cru pendant longtemps que cette paralysie était le résultat d'une apoplexie ; mais M. Dubois a le premier démontré que c'était une paralysie toute locale dépendant d'une violence extérieure. Ces paralysies, a-t-il dit, se manifestent dans des conditions bien déterminées ; elles sont le résultat de la compression que le forceps exerce sur une des branches ou sur le tronc du nerf facial à son point d'émergence du trou stylo-mastoïdien. Dans ce cas le forceps a été certainement appliqué irrégulièrement, et c'est une raison de plus pour procéder à cette application avec le plus grand soin. La paralysie du nerf facial n'a d'ailleurs rien d'inquiétant. Elle se dissipe en six ou huit jours sans médication. Il y a seulement une remarque à faire à l'occasion de son siége : quand cette affection existe, un des yeux est fermé et l'autre ouvert. On croit alors que la paralysie est du même côté que l'œil fermé, c'est une erreur. La paralysie existe du côté de l'œil ouvert. L'enfant qui crie ferme les yeux ; mais si l'orbiculaire des paupières est paralysé d'un côté, l'œil de ce côté reste ouvert. Du côté opposé ce muscle, en se contractant, amène l'occlusion de l'œil.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Chimie médicale et pharmac.

Mémoire sur une nouvelle combinaison de l'iode et sur son application en médecine; lu à la *Société de médecine par M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu, et par* **M. GUILLIERMOND, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité.**

L'iode est un médicament qui, depuis longtemps, a pris dans la thérapeutique un rang qu'il ne peut perdre désormais. Son action favorable, dans un grand nombre de maladies chroniques, est journellement proclamée par tous les médecins : c'est ainsi que les symptômes tertiaires de la syphilis, les scrofules, les affections tuberculeuses du poumon, le rachitisme, le carreau, le goître, etc., ont été heureusement modifiés ou complétement guéris par l'iode. Mais ce médicament étant très-actif, l'on a dû rechercher quelle était la forme pharmaceutique sous laquelle il manifesterait tous ses effets sans amener à sa suite de fâcheux désordres. Jusqu'à ce jour ce problème n'avait point été complétement résolu. Nous pensons avoir levé, sous ce rapport, toutes les difficultés dans la nouvelle combinaison iodique que nous proposons.

La propriété singulière que possède la solution aqueuse de tannin de dissoudre l'iode, propriété qui a été remarquée par l'un de nous, M. Socquet, nous a donné l'idée de la mettre à profit pour l'administration thérapeutique de cet agent précieux. Nous venons soumettre à l'appréciation des praticiens le résultat des recherches que nous avons entreprises dans ce but.

Nous avons divisé notre travail en trois parties, dans lesquelles nous traiterons successivement :

1° Des propriétés chimiques de la nouvelle combinaison ;

2° De ses préparations pharmaceutiques ;

3° De son usage dans diverses maladies.

Propriétés et nature chimiques de la nouvelle combinaison.

Le tannin dissout l'iode, mais cette dissolution ne peut avoir lieu sans l'intervention de l'eau ; en effet, si l'on triture ensemble de l'iode et du tannin, on n'apercevra aucune réaction, les deux substances seront mêlées et ni l'une ni l'autre ne se trouvera altérée ; si l'on ajoute de l'alcool à leur mélange, elles se dissoudront, mais on ne remarquera encore aucun autre phénomène chimique, quelque prolongé que soit le contact. Avec l'eau, au contraire, une réaction vive se manifeste presque subitement ; ces deux corps forment entre eux une pâte molle et élastique qui s'attache au fond du mortier dans lequel on opère, et finit par se dissoudre à l'aide d'une douce chaleur, dans une petite quantité d'eau. Le tannin peut ainsi dissoudre des quantités considérables d'iode : il peut en absorber jusqu'à la moitié de son propre poids. Ce qu'il y a de remarquable dans la dissolution de l'iode par le tannin, c'est que, si l'on s'arrête à une certaine proportion entre ces deux substances, on verra qu'il s'effectue entre elles une véritable combinaison chimique.

Sept grammes de tannin, un gramme d'iode, trois cents grammes (1) d'eau, forment, même à froid, une solution dans laquelle la présence de l'iode ne peut plus être accusée par le contact de l'amidon seul.

Cette solution, que nous appellerons iodo-tannique, est d'abord louche et laisse déposer sur les parois des vases qui la contiennent une substance cristalline ; si l'on sépare cette substance par la filtration, la liqueur devient tout à fait limpide et le dépôt se change sur le filtre en une masse résineuse, élastique ; celle-ci est soluble dans l'eau bouillante et l'alcool froid ; la liqueur en retient si elle est assez étendue d'eau, elle ne s'en dépouille complétement qu'en la faisant concentrer par l'évaporation. La quantité de cette substance qui généralement peut être séparée de la solution iodo-tannique, peut être évaluée au sixième en poids du tannin employé.

Ce dépôt ayant été lavé à l'eau froide et épuisé complétement, ne retient aucune trace d'iode. Ce métalloïde reste entièrement dans la solution qui surnage le dépôt ; celui-ci a une couleur brune, presque noire, rougit faiblement le papier tournesol, forme un sel insoluble avec la potasse, précipite la gélatine et les solutions d'alcaloïdes ; enfin, il conserve les propriétés du tannin, mais d'un tannin altéré et qui constitue sans doute un nouvel acide qui a des rapports avec l'acide métagallique ; la solution iodo-tannique conserve sa transparence indéfiniment si elle en est entièrement dépouillée.

La solution iodo-tannique dans laquelle l'iode se trouve combiné est d'un brun tirant sur le rouge ; sa couleur s'affaiblit

(1) Si on mélange le tannin et l'iode sans y mettre de suite la quantité d'eau nécessaire, on aura à supporter une vapeur légère mais acide qui remplira le laboratoire.

peu de temps après qu'elle a été préparée, elle finit ensuite par devenir permanente ; un papier bleu réactif trempé dans cette solution prend une couleur rouge plus intense que dans une dissolution équivalente de tannin pur ; elle précipite les sels de fer en noir, elle sépare la gélatine et les alcaloïdes de leur dissolution, enfin elle se comporte comme la dissolution de tannin, mais elle offre un avantage sur celle-ci, c'est de se conserver sans altération. La présence de l'iode y est tout à fait dissimulée, le goût et l'odorat ne peuvent la faire reconnaître, elle ne tache point la peau, enfin elle coagule très-bien l'albumine ainsi que les sérosités morbides et le sang.

Nous avons dit que la solution iodo-tannique pourrait absorber une quantité d'iode égale en poids à la moitié du tannin employé ; cette nouvelle solution, que nous appellerons *tannique iodurée*, est fortement colorée ; elle a l'odeur de l'iode, elle ne perd point les propriétés inhérentes à la présence du tannin ; elle est soluble dans l'eau en toutes proportions et ne forme par la suite aucun dépôt dans le véhicule.

Quelle est la nature chimique de la combinaison qui se forme entre le tannin et l'iode ?

Pour arriver à la connaître, nous avons cru devoir soumettre la solution iodo-tannique à l'action des agents suivants : 1° à l'action de la chaux ; 2° à l'action de la gélatine ; 3° à l'action de l'acétate de plomb ; 4° enfin à l'action du calorique.

1° La chaux a formé dans la dissolution un dépôt de tannate de chaux qui a été séparé par le filtre ; la liqueur filtrée a été évaporée et nous avons pu nous convaincre qu'elle contenait tout ou la majeure partie de l'iode à l'état d'iodure de calcium ;

2° La gélatine forme dans la solution iodo-tannique un précipité gris abondant (1), nous avons mis de la gélatine autant qu'il en a fallu pour séparer la totalité du tannin. Le dépôt de tannate de gélatine a été reçu sur un filtre et lavé à grandes eaux jusqu'à ce que la réaction du chlore et de l'amidon ne fit plus connaître la présence de l'iode ; le dépôt de tannate de gélatine, qui avait été lavé soigneusement et dépouillé de tout l'iode soluble à l'eau, a été calciné après avoir été mêlé avec une solution de potasse caustique concentrée, son charbon a été ensuite traité par l'alcool et celui-ci ayant été évaporé, n'a pas fourni trace d'iode. L'iode était donc resté en entier dans la solution, mais fortement embarrassé d'une dernière quantité de tannate de gélatine dont il était difficile de l'isoler.

3° L'acétate de plomb dissous dans l'eau distillée a fait naître dans la solution iodo-tannique un précipité jaune qui a été reçu sur un filtre : additionné d'une nouvelle quantité d'acétate de plomb, il s'est formé dans la dissolution un nouveau précipité, mais qui cette fois était blanc. Il paraît que, dans cette réaction, l'iode abandonne d'abord le tannin pour se précipiter avec le plomb, et que la précipitation du tannate de plomb ne vient qu'après. L'iodure formé a été traité par l'eau bouillante et filtré immédiatement ; par le refroidissement, nous avons vu se former les écailles brillantes qui, d'après l'observation intéressante de M. Boullay, sont particulières à l'iodure de plomb, et qui, par des cristallisations successives, auraient pu être débarrassées du tannate de plomb dont elles devaient être forcément imprégnées ;

4° Nous avons fait évaporer la solution iodo-tannique, nous l'avons essayée avec le papier amidonné pendant tout le temps de sa concentration et nous avons remarqué que tant qu'elle restait humide, elle ne donnait pas de réaction iodée ; mais qu'aussitôt qu'elle approchait du point où elle devait se dessécher, un peu d'iode était mis à jour.

Nous avons pris une solution négative, contenant cinq grammes d'iode, trente grammes de tannin et un litre d'eau, et bien neutre au papier amidonné, nous l'avons distillée dans une cornue de verre jusqu'à réduction de quatre-vingts grammes ; les eaux distillées ont été reçues et fractionnées par cinquante grammes ; elles ont toutes été essayées au papier tournesol et n'ont pas décelé la plus petite quantité d'acide ; l'iode n'avait point non plus pénétré jusqu'à elles. Le liquide, qui était resté dans la cornue, ayant été retiré, a laissé une petite quantité de l'acide brun que nous avons signalé plus haut, et ne s'est plus troublé depuis ; il était très acide et ne donnait pas de réaction bleue avec l'amidon.

On peut tirer, pour conséquence, des agents auxquels nous avons soumis la solution iodo-tannique, sur sa constitution chimique, que pendant le contact de l'eau, de l'iode et du tannin, une portion de l'eau se décompose ; qu'il y a formation d'acide hydriodique et qu'une proportion de tannin est transformée, par le fait d'une oxydation, en un tannin particulier moins

(1) Quoique la gélatine ait séparé le tannin, la liqueur surnageante retenait toujours l'iode à l'état de combinaison.

soluble que le tannin ordinaire, et que le tannin non altéré forme avec l'acide hydriodique une combinaison soluble et stable, que la distillation même ne peut pas altérer. Au point où en sont nos travaux nous ne pouvons donner cette théorie que comme une probabilité, nous réservant de revenir plus tard sur un sujet qui, au point de vue chimique, nous paraît intéressant et pourra peut-être amener les chimistes à se prononcer sur la nature d'un corps encore peu connu.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

Détermination de la force des préparations pharmaceutiques contenant de l'acide prussique; par James ROBERTON. — Il n'est pas de préparations médicinales qui soient plus sujettes à varier, et qui cependant exigent plus de stabilité dans leurs compositions, que celles qui renferment de l'acide prussique. L'eau distillée de laurier-cerise, qui est d'un usage si fréquent en pharmacie, présente sous ce rapport, des variations extrêmes et très-fâcheuses pour la pratique médicale.

Un réactif simple, qui donnerait le moyen d'évaluer de temps en temps la force des divers composés cyaniques, et qui joindrait l'exactitude de la détermination à la facilité de l'emploi, serait à la fois très-utile et très-précieux pour les pharmaciens. MM. Fordos et Gélis ont indiqué, il y a quelque temps, un procédé cyanométrique dont l'objet était simplement de déterminer la valeur commerciale du cyanure de potassium. L'auteur a examiné avec soin ce procédé qui repose sur l'action décomposante de l'iode à l'égard des cyanures alcalins, et en cherchant à généraliser son emploi, il a vu qu'il pouvait parfaitement s'appliquer à la détermination et au dosage de toutes les préparations pharmaceutiques renfermant de l'acide prussique.

On prépare une solution titrée d'iode (15 centigrammes pour 30 grammes conviennent parfaitement); on introduit cette solution dans une burette de Gay-Lussac, et on la verse goutte à goutte dans une certaine quantité de la liqueur à examiner, jusqu'à ce qu'on aperçoive une teinte jaunâtre persistante même après l'agitation. On n'a alors qu'à lire la quantité de solution normale qu'il a fallu employer pour avoir la force comparée de la préparation soumise à l'examen. Ce procédé ne donne pas seulement la valeur comparée des diverses solutions cyaniques, mais il fournit aussi la proportion en centièmes de l'acide cyanhydrique qu'elles renferment. Car chaque équivalent de cyanogène absorbe exactement un équivalent d'iode. L'auteur a trouvé ce procédé d'une grande utilité pratique, et il le recommande à tous les pharmaciens qui voudront essayer leurs préparations cyaniques.

(*Journal de pharmacie et de chimie.*)

Histoire naturelle médicale.

Sur les usages médicaux du genre viola; par M. E. TIMBAL-LAGRAVE. — La note qui suit est extraite d'une monographie intéressante que vient de publier M. E. Timbal-Lagrave, sous le titre d'*Études pour servir à l'Histoire botanique et médicale du genre Viola.*

Deux plantes du genre *Viola* sont usitées en médecine : la première appartient au premier groupe (*Nominium*); elle est connue sous le nom de violette tout simplement; la seconde fait partie du troisième groupe (*Melanium*); elle est usitée sous le nom de pensée.

On a employé, dès les premiers temps de la médecine, l'ἴον μέλαν de Théophraste, qui est le *Viola purpurea* de Pline, *Viola martia purpurea* de G. Bauhin, synonyme rapporté par Leymerie (*Dict. des Drog.*, t. II, p. 601), et le *Viola odorata* (Linné). Codex, 1818 et 1837, ainsi que de tous les auteurs modernes.

Plusieurs parties du *Viola odorata* (L.) ont été vantées par plusieurs médecins; les premières fleurs comme pectorales adoucissantes, légèrement antispasmodiques dans les affections aiguës de la poitrine; les feuilles comme émollientes et les racines comme émétiques, légèrement purgatives; les racines furent analysées par Caventou, qui y trouva un peu d'émétine, et confirma ainsi leurs propriétés.

De nos jours, on a abandonné l'usage des feuilles et des racines, qui ont dû céder à des médicaments plus énergiques et d'un effet plus certain.

Les racines de *Viola* nous offrent un fait remarquable et qui mérite d'être signalé : les racines des espèces à fleurs vernales odorantes ont une odeur et une saveur nauséabonde très-prononcée, tandis que les espèces à fleurs inodores ont les racines inodores et insipides. 2 grammes de poudre de racine de *Viola hirta* (L.), espèce inodore, n'ont produit aucun effet sur l'estomac; pareille dose de *Viola odorata* (L.) a donné, d'après M. Soyer-Wille-

met, deux vomissements et trois selles; la même dose de *Viola tolosana* (Timb.) a donné un vomissement et une forte nausée; bien certainement ces dernières répondent à l'analyse de Caventou, tandis que les premières doivent être dépourvues d'émétine.

L'usage des fleurs s'est conservé; il est même l'objet d'un négoce assez étendu et le sujet de nombreuses fraudes que le temps semble avoir consacrées. Si l'on examine avec attention les fleurs répandues dans le commerce et les pharmacies, on verra bientôt que, non-seulement le *Viola odorata* (L.) ne s'y rencontre jamais, mais qu'il est remplacé par des fleurs appartenant au troisième groupe, *Melanium* ou *Pensée*.

Cette substitution, qui se pratique depuis longtemps dans le commerce, est très-vicieuse et ne peut durer; les pensées sont des médicaments essentiellement dépuratifs et ne sauraient, par conséquent, remplacer le *Viola odorata* (L.) doué de propriétés bien différentes, qui résident dans l'arome ou dans un principe adoucissant et pectoral contenu dans les pétales.

S'il arrivait que le *Viola odorata* (L.) fût rare, qu'il fût difficile à trouver, et qu'une substitution fût jugée utile, les seules propres à être employées seraient les espèces à fleurs odorantes, telles que les *Viola suavis* (Bieberstein); *suavissima* (Jordan); *tolosana* (Timbal); *propinqua* (Jordan). Le *Viola tolosana* (T.) seul, à Toulouse, peut être substitué, mais il est bien plus rare que le *Viola odorata* (L.), à moins qu'on ne prît sa variété ou monstruosité à fleurs doubles, qui est très-répandue.

M. Soubeiran (*Traité de pharmacie*, t. I, p. 341) a, un des premiers, signalé la substitution des *Viola sudetica* (Wildenow) et *calcarea* (Linné). M. Guibourt (*Histoire naturelle des drogues simples*, t. III, p. 610) désigne comme substitué le *Viola tricolor* (Linné), ce qui n'est pas exact. Ces savants auteurs ont peu insisté sur la différence des propriétés de ces plantes, et n'ont pas donné les caractères distinctifs de ces fleurs, pour mettre les pharmaciens en garde contre ces différentes substitutions.

Dans nos maisons de droguerie, à Toulouse, j'ai toujours trouvé le *Viola calcarata* (L.); il provient des Alpes et surtout du Dauphiné. Dans les maisons de Paris c'est, au contraire, le *Viola sudetica* (Wild.) qu'on expédie ordinairement; il vient des montagnes d'Auvergne, des sources de la Loire, à Pierre-sur-Haute, à Burzet, où l'on en fait un grand commerce.

Ces deux plantes, très-voisines du *Viola tricolor* (L.), quoique distinguées depuis longtemps, appartiennent au même groupe, jouissent des mêmes propriétés, et doivent être considérées comme dépuratives; il est même probable, comme je chercherai à le prouver en parlant des pensées, qu'elles possèdent cette propriété à un plus haut degré.

Il n'y a pas de *Viola* qui puisse remplacer le *Viola odorata* (L.) pour la préparation du sirop de violettes, où l'on tient à conserver surtout l'arome et la couleur; le *Viola tolosana* (Timb.) donne bien l'arome, mais sa couleur est très-faible; c'est donc la seule préparation qu'on doive employer; quand on voudra faire usage du *Viola odorata* (L.), on sera sûr alors qu'il n'y a pas substitution, et s'il y en avait il ne pourrait être remplacé que par quelques espèces analogues quant aux propriétés médicamenteuses.

La seconde est la Violette pensée, *Viola tricolor* (Linné). On en connaît, en matière médicale, deux espèces: celle dite cultivée *Viola tricolor, var. a. hortensis* (de Candolle), et celle des champs ou sauvage, *Viola tricolor, var. ς arvensis* (de Candolle).

Le *Viola tricolor, var. hortensis* (DC.), est très-peu répandu dans le commerce; il doit être rejeté de la matière médicale, comme toutes les substances simples cultivées loin de leur lieu natal.

Le *Viola tricolor, var. arvensis* (DC.), est la Pensée sauvage de tous les auteurs de botanique médicale; mais depuis quelques années les différentes variétés du *Viola tricolor* de Linné et de De Candolle ont été soumises à un examen scrupuleux, et non-seulement les variétés distinguées par de Candolle sont devenues des espèces, mais encore on en a ajouté de nouvelles qui sont adoptées par le plus grand nombre des botanistes.

Ce démembrement du *Viola tricolor* des anciens auteurs, déjà pressenti par de Candolle, jette beaucoup de vague pour trouver le type que les auteurs désignent inconsidérément par *Viola tricolor arvensis* (L.); car ce type devra se trouver différent dans les espèces qui habitent des climats et des contrées diverses.

Mais si l'on remarque que le *Viola arvensis* de tous les auteurs, soit de botanique, soit de matière médicale, est une plante annuelle, on aura un premier indice que le type médical est dans les *Viola* annuels, et l'on devra exclure les espèces vivaces ou cespiteuses journellement vendues pour des pensées sauvages; ainsi, les *Viola sudetica* (Wild); *lutea* (Smith); *monticola* (Jordan).

Les *Viola* annuels sont des plantes vulgaires, c'est-à-dire faciles à trouver ; elles habitent tous nos champs cultivés. Puisque c'est là qu'est le type médical, à quelle espèce doit-on donner la préférence? Ici l'embarras est grand, car chaque pays a une espèce propre qui peut représenter le *Viola arvensis* (de Candolle). Ce sera à Toulouse le *Viola Timbali* (Jord.), espèce que j'ai le premier signalée en 1848 ; à Lyon, le *segetalis* et *arvensis* (Jordan.); à Angers et le centre de la France, l'*agrestis* (J.); à Montpellier et tout le Midi, le *nemausensis* (Jord.); dans le Jura et les départements voisins, le *gracilescens* (Jord.) ; à Grenoble, le *Viola calcarea* (L.), la variété à fleurs jaunes ; à Paris et le Nord, *agrestis* et *segetalis* (Jord.) ; enfin dans la Lorraine, ce sera l'*arvatica* (Jord.).

Il est très-probable que ces plantes, bien distinctes pour les botanistes, ne peuvent pas avoir les mêmes propriétés, ou tout au moins au même degré, le sol et le climat qu'elles habitent étant tout à fait différents.

On considère dans le commerce tous les *Viola* à fleurs bleues comme *Viola odorata* ou violette ordinaire, et celles à fleurs jaunes, comme des pensées. Pour ces dernières on préfère les espèces vivaces ou cespiteuses, parce qu'elles donnent plus de fleurs et sont plus grandes. On a vendu, il y a quelques années, à Toulouse, le *Viola Timbali* Jord., qui est le vrai type médical pour Toulouse ; mais on lui a substitué maintenant le *Viola monticola* (Jordan), qui abonde dans la chaîne centrale des Pyrénées, et descend dans toutes les vallées ; étant demi-vivace, il fleurit presque toute l'année.

Je crois que la préférence donnée aux espèces vivaces ou cespiteuses, quoique éloignées du type médical des auteurs, ne nuit pas au médicament, et me paraît préférable ; c'est même dans ce groupe que je propose de le prendre ; les plantes vivaces offrent en général des sucs propres et médicamenteux plus concentrés, plus élaborés ; leurs racines plus fortes, plus profondes ou plus étendues, puisent une plus grande quantité de substances nutritives ; la plante vit plus longtemps, trois à cinq ans ; ajoutez à cela l'habitat ; elles préfèrent les hautes montagnes, les lieux couverts de détritus ; tandis que les espèces annuelles, réduites longtemps à une simple rosette radicale, poussent en peu de temps leurs tiges, fleurissent et meurent en quelques mois, quelquefois un mois ou deux suffisent à leur entier développement.

En adoptant cette opinion, quoique éloignée, comme je l'ai dit, du type médical ancien, il se présente une espèce qui peut offrir à la médecine les propriétés qu'elle désire ; je veux parler du *Viola sudetica* (Wild.) ou le *Viola calcarea* (L.), qu'on substitue improprement au *Viola odorata* (L.) ; ils seraient alors à leur véritable place ; ces plantes sont très-répandues dans le commerce, peuvent être vendues à un très-bas prix ; elles sont vivaces, habitent les hautes montagnes, remplissent en un mot toutes les conditions qu'on désire dans ce médicament.

Quand on voudra administrer le *Viola odorata* (L.), il faudra, comme je l'ai dit, formuler le sirop de violettes, qui seul ne peut se falsifier, à l'exclusion de tout autre produit.

Il me reste à indiquer quelques caractères tirés des fleurs desséchées des divers *Viola* que j'ai signalés, afin de mettre les pharmaciens en mesure de savoir quel est le *Viola* qui lui est vendu.

D'abord, le *Viola odorata* (L.) a les fleurs bleu foncé, l'éperon ou le prolongement du pétale inférieur, en sac obtus, dépassant peu les appendices du calice.

Le *sudetica* (Wild.) a les fleurs plus grandes, moins colorées, surtout à la base des pétales ; l'éperon est grêle, long et aigu, dépassant deux fois les appendices du calice.

Le *calcarea* (L.) a les fleurs comme le *sudetica*, un peu plus foncées en couleur, et les pétales plus ovales, plus arrondies ; l'éperon est gros, conique et obtus, trois fois plus long que les appendices du calice.

Les *Viola annuels Timbali* (J.), *agrestis* (J.), *segetalis* (J.), *arvatica* (J.), *gracilescens* (J.), ont les fleurs blanc jaunâtre, avec les pétales supérieurs légèrement bleutés ou concolores, ne dépassant pas les sépales du calice ; éperon grêle, mince, égalant à peu de chose près les appendices du calice.

Le *lutea* (Smith) a les fleurs grandes, jaunes, concolores ; l'éperon ne dépasse pas les appendices du calice.

La *Viola monticola* (J.), qui se vend en ce moment à Toulouse, a les fleurs grandes, blanc-soufrées, avec une tache jaune plus vive sur le pétale inférieur, à la gorge de la corolle, l'éperon est grêle et dépasse peu les appendices du calice.

Le *calcarea* (L.), à fleurs qu'on vend à Grenoble pour des pensées, a les mêmes caractères que celui à fleurs bleues, sauf la coloration.

(*Répertoire de pharmacie.*)

Falsifications.

Falsification nouvelle de l'essence d'amandes amères. — Nitrobenzine. — Fabrication en grand de l'essence d'amandes amères artificielle. — Essences d'ananas, de poires, etc. — Essence de cognac, par M. Ed. VAN DEN CORPUT, membre de la Société.

Parmi les nombreux produits sur lesquels s'exerce le génie de la fraude, les huiles essentielles occupent sans contredit le premier rang, tant à cause de leur prix généralement élevé, que parce qu'elles se débitent communément à des fabricants ou à des parfumeurs très-peu à même d'ordinaire, nonobstant la qualité de chimistes dont ils s'intitulent, d'apprécier leurs qualités réelles.

L'essence d'amandes amères est l'une de celles qu'un fréquent usage dans la parfumerie, dans la fabrication des savons, dans l'art de la pharmacie ou de la liquoristerie, etc., expose de préférence à subir des additions ou des substitutions adultères.

La plus commune de ces fraudes, celle qu'elle partage, du reste, avec la plupart des autres essences, est l'addition d'une certaine quantité d'*alcool*, qui, sans altérer sensiblement l'odeur du produit, en augmente économiquement le volume; ainsi, l'essence d'amandes amères des distillateurs ne contient ordinairement que 1 partie d'huile volatile sur 7 parties d'alcool.

M. Redwood a proposé comme moyen propre à déceler ce mélange, de traiter l'essence suspecte par un volume double d'*acide azotique* à 1,42 pes. spéc., d'agiter et de laisser reposer. Si cet éléoptène est exempt d'alcool, il se rassemble bientôt clair et limpide à la surface de l'acide, tandis que, dans le cas contraire, on voit se manifester, au bout de quelques minutes, une réaction violente avec dégagement de vapeurs rutilantes.

Mais cette réaction ne caractérise pas spécialement l'addition de l'alcool, comme induirait à le faire croire le chimiste anglais. Les mêmes phénomènes se produisent avec un grand nombre d'huiles volatiles de qualité inférieure, qui pourraient également avoir été ajoutées à l'essence. Celle-ci, du reste, éprouve elle-même, quoique d'une manière lente, il est vrai, en présence de l'acide azotique fumant, une série de modifications qui donnent naissance à des produits complexes récemment étudiés et décrits avec soin par M. Bertagnini.

Nous ne parlerons pas du mélange de l'essence d'amandes amères avec l'éléoptène des *feuilles de laurier-cerise*, de *persica vulgaris*, de *prunus padus*, de *rhamnus frangula* (bourgène) ou le produit de la distillation des endospermes de diverses rosacées. Ces sophistications, qui s'exercent surtout sur l'essence destinée à la parfumerie et qui n'altèrent pas d'une manière sensible les propriétés du mélange, n'offrent guère un intérêt bien grand au point de vue de la chimie analytique appliquée.

Mais il existe depuis peu, dans le commerce des essences, une fraude qui, par cela même qu'elle n'a point encore, que nous sachions, été signalée, mérite à un haut degré de fixer l'attention, à cause de l'extension considérable qu'elle menace de prendre.

La substance dont nous entendons parler s'emploie non-seulement pour l'adultération de l'essence destinée aux parfumeurs, mais encore pour la falsification de celle dont on fait usage en médecine ou dans la confiserie. Elle tend même à s'introduire clandestinement dans tous les produits médicamenteux ou comestibles dans lesquels entre l'amande amère ou son huile essentielle. Aussi, grâce aux récentes investigations de la science qui a doté l'industrie de ce produit, est-il devenu possible désormais de fabriquer de délicieux *orgeats sans amandes*, de séduisantes crèmes ou *liqueurs de noyaux, sans noyaux*, et certains distillateurs, amoureux du progrès, ont utilisé déjà ce produit de nos laboratoires pour transformer la vulgaire eau-de-vie de pommes de terre en un *kirsch-wasser artificiel*, auquel se laissent prendre les plus fins dégustateurs.

Cette innovation consiste dans le mélange ou la substitution à l'essence d'amandes amères vraie, de la *nitrobenzine*, à laquelle, pour mieux masquer son origine, on a donné dans le commerce le nom d'*essence de myrbane*.

Ce produit, employé depuis quelque temps à parfumer les savons fins de toilette, dits d'*amandes*, possède à un degré intense l'odeur de l'huile volatile d'amandes amères, sans pourtant renfermer d'acide cyanhydrique.

Un odorat attentif pourrait, il est vrai, saisir dans son arôme une certaine nuance faiblement *cinnamomée*; mais cette légère déviation de senteur est si peu sensible, qu'il serait fort difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer par ce caractère si fugace l'essence vraie de la fausse.

Nous ajouterons cependant que frottée pendant quelques instants entre les mains, la nitrobenzole développe une odeur empyreumatique rappelant celle des hydrures de carbone dont provient la *benzine* (*benzole*) qui sert à l'obtenir en traitant

celle-ci par l'acide azotique concentré, comme l'indique l'équation suivante :

$C^{12} H^6 + Az O^5 = C^{12} H^5 Az O^4 + HO.$

De telle sorte que l'on peut considérer la nitrobenzole comme de la benzine ($C^{12} H^6$) dans laquelle un équivalent d'hydrogène se trouve remplacé par un équivalent d'acide hypoazotique.

Le seul caractère *organoleptique* de l'odeur ne peut suffire comme on vient d'en juger, pour indiquer d'une manière positive si l'on a affaire à l'essence d'amandes amères pure ou à un produit artificiel, surtout alors que celui-ci a été rectifié et qu'il n'y a que simple mélange en proportions plus ou moins grandes du produit chimique avec le produit naturel.

Il est par conséquent indispensable d'avoir recours pour l'essai de l'éleoptène qui nous occupe aux différences plus positives des caractères *physiques*, ainsi qu'à des réactions *chimiques* nettement tranchées.

Quant aux caractères différentiels tirés des propriétés physiques, l'essence d'amandes amères du commerce, constituée en plus grande partie par de l'*hydrure de benzoyle*, $C^{14} H^6 O^2$ = Bz H (*benzoylole* de M. Gerhardt) et renfermant en outre une assez forte proportion d'*acide cyanhydrique*, de la *benzoïne*, un peu d'*acide benzoïque*, et des traces d'*acide formique* provenant de la décomposition d'une partie du cyanure hydrique, est en général d'un jaune clair à l'état brut, mais incolore lorsqu'elle est purifiée; d'une pesanteur spéc. de 1,043; d'une saveur brûlante, forte, amarescente, *sui generis*. Elle bout à 176° Cels.

La nitrobenzine = $C^{12} H^5 Az O^4$ possède une pesanteur spéc. de 1,200; une saveur douceâtre très-prononcée; elle n'entre en ébullition qu'à 213° Cels; sa couleur est d'un jaune tirant sur l'orange, mais on peut en la rectifiant l'obtenir incolore, et le résidu de cette opération mis en contact avec de l'alcool, fournit un nouveau produit éthéré à *odeur d'ananas* très-suave qui sert également à quelques limonadiers progressistes pour aromatiser fallacieusement des glaces, des sirops, des bonbons, etc. La parfumerie pourrait en tirer également un utile parti dans la fabrication des cosmétiques, des savons, etc.; et il est à remarquer que de faibles quantités de cette substance, comme de toutes celles du même genre dont nous nous occupons ici, suffisent pour développer une odeur très-intense; aussi les essences artificielles dont nous aurons à parler plus loin, ne produisent-elles leur véritable parfum que lorsqu'elles sont étendues avec 5 ou 6 volumes d'alcool ou d'une huile fixe inodore.

Les données résultant de la détermination comparative de la *densité* et du *point d'ébullition*, suffiraient à la rigueur entre des mains exercées pour déterminer le degré de pureté d'un échantillon d'essence donné. Mais ces évaluations, quoique positives et d'une exécution facile, ne présentent pas une netteté pratique suffisante, lorsqu'il s'agit de mélanges pour l'essai desquels une certaine habitude des manipulations est nécessaire.

Il convient donc de consulter des caractères chimiques d'un relief plus saillant et plus facile à apprécier.

Et d'abord, la réaction de l'essence d'amandes amères est sensiblement acide, tandis que celle de la nitrobenzole est neutre.

Mais l'un des essais les plus simples à mettre en pratique, repose sur la différence de *solubilité* des deux essences dans l'eau; ainsi, tandis que 1 partie d'essence d'amandes amères pure, non alcoolisée, doit se dissoudre en entier dans 30 parties d'eau distillée, à la température ordinaire 15°, et que cet éleoptène communique au menstrue l'odeur et les propriétés qui le caractérisent, la nitrobenzole reste insoluble dans cette quantité de liquide, ou lui communique tout au plus une très-légère odeur. Les graisses, les essences, l'alcool et l'éther, la dissolvent par contre en toutes proportions aussi bien que l'huile volatile d'amandes amères.

On peut encore tirer parti de la présence de l'acide cyanhydrique dans l'essence d'amandes amères, à l'exclusion de la nitrobenzine; cependant, par la raison que la proportion de ce corps y est extrêmement variable, et que sous le rapport qualitatif une essence d'ailleurs de bonne qualité peut très-bien n'avoir été qu'étendue d'un volume plus ou moins grand de nitrobenzole, ce mode d'essai qui consisterait à traiter la substance par de l'hydrate calcique, puis par une dissolution de *chlorure ferrique*, afin de déterminer la formation d'un *cyanure* métallique, ne présente point une netteté suffisante.

L'épreuve la plus sensible consiste à traiter à chaud l'essence suspectée par une *solution alcoolique de potasse caustique*.

L'huile volatile brute d'amandes amères en présence de ce réactif, se solidifie en partie sans changer de couleur, en prenant seulement un aspect louche et opaque, par suite de la formation de cristaux aciculaires de *benzoate potassique* et de prismes de *benzoïne*, en même temps qu'il y a dégagement d'hydrogène lorsqu'on chauffe.

La nitrobenzine ou son mélange traitée de la même manière dans un petit appareil distillatoire en verre, donne lieu, au contraire, à la formation d'un produit de *couleur rouge-brun*, volatilisable à 193° et condensable vers la fin de la distillation sous la forme de magnifiques cristaux solubles dans l'alcool et l'éther, mais peu solubles dans l'eau.

Dans cette réaction, il se forme une combinaison $C^{12} H^5 Az$ désignée par M. Mitscherlich sous le nom d'*azobenzide* ou *azobenzole*, qui colore la liqueur en un rouge foncé et dont la production peut s'expliquer par une désoxydation de la nitrobenzole sous l'influence de l'hydrogène naissant mis à nu par la potasse caustique, ce qui s'exprimerait par $C^{12} H^5 Az O^4 + 4 H = C^{12} H^5 Az + 4 HO$. Mais cette transformation s'accomplit par une voie plus complexe, car une partie de la nitrobenzine donne lieu d'abord à la production d'un corps $C^{12} H^5 AzO$, auquel un chimiste russe, M. Zinin, a proposé de donner le nom d'azoxibenzine et qui se transforme par l'ébullition avec l'acide azotique en une nouvelle substance de couleur jaune, peu soluble dans l'éther et l'alcool bouillant : c'est *la nitro-azobenzine*. Cette réaction peut se traduire par la formule :

$$C^{12} H^5 AzO^4 + 3 H = C^{12} H^5 AzO + 3 HO.$$

En outre, une autre portion de la nitrobenzine plus profondément modifiée et complétement désoxygénée, se transforme en *aniline* qui a la propriété de se colorer également en pourpre-violet sous l'influence de l'hypochlorite calcique :

$$C^{12} H^5 AzO^4 + 6 H = C^{12} H^7 Az + 4 HO.$$

On arrive à un résultat semblable en ayant recours à l'emploi de la grenaille de zinc avec l'eau acidulée par l'acide sulfurique. L'acide sulfhydrique produirait de même une réaction finale semblable, mais avec précipitation de soufre.

De ce qui précède il résulte pour nous ce fait que la nitrobenzine se distingue par des propriétés assez intéressantes pour mériter quelques mots touchant l'historique et le mode d'obtention de ce produit qui est devenu déjà l'objet d'une fabrication assez importante et qui paraît destiné à un brillant avenir.

Ce fut en 1824, que Mitscherlich obtint la nitrobenzine (*nitrobenzide* ou *nitrobenzole*) en traitant par l'acide azotique fumant, ainsi que nous l'avons formulé plus haut, la benzine obtenue comme l'indiquaient ce chimiste et M. Peligot par la décomposition de l'acide benzoïque ou du benzoate de chaux.

Ce procédé qui ne permettait d'obtenir jusque-là que de faibles quantités de nitrobenzine, en borna longtemps la préparation aux expériences de laboratoire.

En 1845, M. Hoffmann indiqua la présence d'une notable proportion de benzine dans les nombreux produits qui constituent les principes volatils du *goudron de houille*.

Faraday avait également démontré que cette substance se rencontre dans les produits condensés résultant de la décomposition des huiles grasses au moyen de la chaleur; lorsque, en dernier lieu, M. Mansfield (V. LIEBIG und WOEHLER's *Annalen der Chemie und Pharm.*, LXIX, p. 162) indiqua un procédé pratique fort simple au moyen duquel on pouvait extraire en grand la benzine des huiles volatiles du goudron de houille, qui passent les premières à la distillation et qui surnagent l'eau. C'est le produit à odeur éthérée ainsi obtenu, qui est aujourd'hui si abondamment répandu dans le commerce sous la rubrique de *benzine Collas*, du nom d'un pharmacien de Paris qui l'a substitué avec avantage aux essences de térébenthine ou de citron pour le dégraissage des étoffes.

Dès lors l'obtention de la nitrobenzole fut pour l'exploitation industrielle un fait accompli, et il existe actuellement déjà à Londres une fabrique où se prépare sur une large échelle l'*essence d'amandes amères artificielle* extraite... de la houille.

L'appareil dont on se sert dans cette usine, consiste en un serpentin en verre épais, dont l'extrémité supérieure se bifurque en deux tubes munis chacun d'un entonnoir. L'un est destiné à recevoir la benzine condensée extraite du goudron, tandis que dans l'autre coule lentement un filet d'acide azotique monohydraté. La combinaison s'opère entre les deux corps à leur point de contact, et la nitrobenzine produite se refroidit en s'écoulant par le tube réfrigérant; il ne reste ensuite qu'à la traiter par une solution étendue de carbonate sodique ou potassique, afin de neutraliser l'excès d'acide, et à laver à grande eau pour la livrer au commerce. La nitrobenzole, plus légère que l'acide, le surnage, mais elle gagne au contraire le fond de l'eau lorsque celle-ci n'est point trop chargée de sels.

Cette substance remarquable peut donc être ajoutée aux nombreux produits accessoires de la fabrication du gaz et donne une valeur nouvelle à la houille, dont on méconnaît trop les précieuses qualités.

La nitrobenzine, d'un prix excessivement élevé dans l'origine et qui se vendait encore, il y a un peu plus d'un an, à rai-

son de 20 fr. le kilogr., ne coûte plus aujourd'hui que la moitié environ de ce prix, tandis que l'essence d'amandes amères, qui très-souvent est altérée par des mélanges avec l'essence du *laurus-cerasus* ou par l'addition de l'*alcool*, etc., se paie de sept à huit fois autant.

On comprend, dès lors, l'empressement de certains industriels à s'emparer de ce produit artificiel pour l'appliquer à une fraude, d'ailleurs innocente au point de vue de la santé, et la rapide extension qu'elle est appelée à prendre si la publicité ne donne aux fabricants l'éveil sur son existence.

On sait, du reste, quel ingénieux parti l'industrie a su tirer, dans ces dernières années, de différents éthers composés qui se rapprochent plus ou moins du produit précédent et qui ont reçu déjà de nombreuses applications dans la parfumerie, voire même dans la sophistication d'un bon nombre de produits de consommation alimentaire. Telles sont : l'*essence d'ananas*, dont nous avons parlé précédemment et qui n'est autre que l'*éther butyrique* ordinaire ; l'*essence de poires* (*pear oil* = *essence of jargonelle pear*), c'est-à-dire l'*acétate amylique* ; l'*essence de pommes* (*appel oil*) ou *valérianate amylique* ; l'*essence de cognac* (*cognac oil* = *grape oil*), produits ou mélanges d'éthers de la série amylique, nés la plupart des savantes recherches de la chimie moderne, et qui servent aujourd'hui à parfumer des cosmétiques, à aromatiser des liqueurs ou à donner aux eaux-de-vie communes la touche suave du cognac. Tant il est vrai que dans l'ordre matériel comme dans l'ordre moral,

L'abus marche toujours côte à côte du bien.

Note sur une falsification de la crème de tartre par le sucre de lait, et sur les moyens de la reconnaître ; par M. G. Blengini. — Il est reconnu que le bitartrate de potasse est un sel très-important et des plus utiles, non-seulement à cause de son emploi en médecine comme rafraîchissant et laxatif, mais encore parce qu'il sert à la préparation de différents médicaments, tels que le sel de Seignette, la crème de tartre double, etc. Il est employé très-avantageusement par les teinturiers pour aviver certaines couleurs et pour fixer les matières colorantes sur les tissus. Il n'est donc pas étonnant que par suite de la grande consommation qui se fait de la crème de tartre, on la trouve souvent adultérée et débitée au grand préjudice de certaines fabrications, et, ce qui est plus grave, au détriment de la santé publique. Cette falsification, due comme toutes les autres à la cupidité, est d'autant plus à craindre que, par suite de la mauvaise récolte des raisins, elle prend encore plus d'accroissement à cause de la rareté extrême de la matière première, à savoir du tartre cru dont on l'extrait. Par la ruse des monopoleurs et des spéculateurs égoïstes, cette marchandise est arrivée aujourd'hui à un prix qu'elle n'avait jamais atteint ; avant l'invasion de la maladie de la vigne, la crème de tartre ne coûtait que fr. 1,50 le kilog., tandis qu'elle en coûte aujourd'hui fr. 4,30, à peu près le triple de ce qu'elle se payait ordinairement.

Les substances employées jusqu'à ce jour à l'adultération de ce sel sont le tartrate de chaux, la craie, le marbre blanc pulvérisé, le quartz, le sable, l'argile, le nitrate de potasse, l'alun, le sulfate de potasse, le chlorure de potassium ; en outre, on y a signalé des impuretés inhérentes à la fabrication, tels que le fer, le cuivre, le plomb et l'arsenic.

L'auteur de ce travail a eu occasion de constater récemment un nouveau genre de falsification, en faisant l'analyse d'un échantillon de crème de tartre de très-belle apparence, qu'il aurait considérée comme étant de la meilleure qualité, s'il se fût contenté de s'en rapporter uniquement à ses caractères physiques. En effet, ce sel se présentait en poudre blanche, inodore, craquant sous la dent et ayant une saveur un peu acide mais légèrement douceâtre.

En éprouvant la solubilité de ce sel dans l'eau froide, il reconnut facilement son impureté à la petite quantité d'eau qu'elle exigeait pour se dissoudre. En effet, deux grammes de cette crème de tartre, si elle avait été pure, auraient demandé 368 grammes d'eau froide pour se dissoudre, tandis qu'il n'en a fallu que 194 grammes, à peu près la quantité nécessaire pour dissoudre un seul gramme de ce sel pur ; il a pu conclure de là que la crème de tartre soumise à son examen contenait près de la moitié de son poids d'un corps étranger plus soluble.

Traitée par l'acide arsénieux, cette crème de tartre se colora en rouge-brique, et donna lieu par l'action de l'acide azotique à de l'acide mucique ; ces épreuves jointes à la saveur légèrement douceâtre dont il a été parlé plus haut et à la grande solubilité de cette matière ont servi à faire connaître que le corps étranger employé à la falsifier, n'était autre chose que le sucre de lait.

Cette adultération fut donc reconnue aux caractères ci-dessus indiqués, c'est-à-dire son degré de solubilité dans l'eau, sa saveur douceâtre et la couleur rouge-brique produite par l'acide arsénieux.

Traité par l'acide azotique à une légère chaleur, ce sel donna, par le refroidissement de la liqueur, de l'acide mucique sous forme de poudre blanche.

Si l'on se proposait de faire une analyse qualitative de ce sel, on y parviendrait facilement en recourant à la méthode proposée par M. Poggiale pour le dosage du sucre de lait, décrite dans le *Cours de chimie générale, par Pelouze et Frémy*, Paris, 1850, t. III, p. 826.

M. Blengini termine en faisant observer que, quoique cette falsification ne soit pas par elle-même nuisible à la santé, puisque le sucre de lait pur est une substance médicamenteuse, rafraîchissante et laxative, elle n'en est pas moins une fraude qui donne un grand bénéfice au marchand. En effet, 100 kilogrammes de crème de tartre à fr. 4,25 le kilog., coûteront fr. 4,25, tandis que 100 kilogrammes de sucre de lait à fr. 1,95 le kilog., ne coûtent que fr. 1,95. Le falsificateur, en faisant un mélange à parties égales de ces deux substances, gagnera plus du double sur une telle marchandise que sur celle qui serait pure.

(*Giornale di farmacia, di chimica, etc*, *di Torino* et *Journal de Pharm. d'Anvers.*)

Pharmacie.

Préparations pharmaceutiques avec la solution iodo-tannique. — Formules ; par MM. SOCQUET et GUILLIERMOND.

La solution iodo-tannique (Voir plus haut page 447) se prête admirablement à toutes les formes pharmaceutiques pour l'usage interne ; nous n'en avons pas trouvé de plus commode et de plus convenable que celle d'un *sirop iodo-tannique*.

Deux formules nous ont paru nécessaires pour l'usage externe ; la première, que nous appellerons solution *iodo-tannique normale*, parce que l'iode et le tannin s'y trouvent dans des rapports constants, et que ces éléments sont combinés entre eux. La deuxième, que nous appellerons *iodo-tannique iodurée*, dans laquelle une partie de l'iode se trouvera libre, seulement à l'état de dissolution et agira par lui-même.

Dans les opérations que nous venons de rapporter (Voir p. 447), nous nous sommes toujours servi du querci-tannin : mais comme l'astriction désagréable de cette substance pourrait quelquefois la faire rejeter pour son administration interne, ainsi que le remarquent fort bien M. Trousseau, et M. le professeur Soubeiran dans une note récemment publiée sur les différents tannins, nous avons dû chercher si nous ne pourrions pas trouver, dans les autres végétaux, un succédané avantageux qui puisse nous permettre de l'appliquer plus facilement à l'usage interne. Après en avoir examiné plusieurs, nous avons été assez heureux pour trouver à un haut degré, dans le ratanhia, la propriété de dissoudre l'iode et de se combiner avec lui.

C'est donc avec le tannin du ratanhia que nous préparerons les médicaments que nous destinerons à l'usage interne, réservant le querci-tannin pour l'usage interne.

Voici les formules que nous avons adoptées :

USAGE INTERNE.

Sirop iodo-tannique,

Prenez :	Iode . . .	2	gram. (1).
	Ext. de ratanhia	8	—
Eau / Sucre	ãã q. pour faire sirop 1 kilog.		

On aura soin d'employer un extrait de ratanhia entièrement soluble, l'extrait préparé dans le vide par M. Grandval nous a paru très-convenable à cet objet.

On fera dissoudre l'iode dans une très-petite quantité d'alcool et on le mélangera avec l'extrait de ratanhia dissous dans l'eau : le tout introduit dans un matras de verre, on laissera opérer la réaction pendant l'espace de quelques heures ; quand la combinaison aura eu lieu, on verra qu'il se sera formé un dépôt brun pulvérulent ; on le séparera au moyen du filtre ; on le lavera à plusieurs eaux pour enlever tout l'iode qu'il pourrait retenir ; on réunira les colatures, on les fera réduire sur une assiette exposée à la vapeur de l'eau bouillante ; enfin, quand elles seront suffisamment concentrées, on y ajoutera le sucre de manière à former un sirop ; celui-ci aura une couleur rouge magnifique, son goût sera agréable, il contiendra invariablement six centigrammes d'iode par trente grammes de véhicule ; il pourra être conservé sans altération et presque indéfiniment.

On aura soin de n'employer, pour faire ce sirop, que des vases de verre ou bien des bassines en fonte émaillées.

(1) Nous avons conservé une partie de cette solution aqueuse depuis trois mois sans qu'elle se soit altérée en aucune façon.

USAGE EXTERNE.

Solution iodo-tannique, normale.

La solution iodo-tannique neutre s'obtient en mêlant par trituration cinq grammes d'iode, quarante-cinq grammes de tannin, et mille grammes (1) d'eau. La solution est complète au bout de peu de temps, on la filtre et on la concentre, par une évaporation ménagée, jusqu'à ce qu'elle soit réduite à cent grammes, après avoir eu soin toutefois de bien l'examiner au papier amidonné.

Cette préparation pourra servir en injection dans les divers conduits recouverts d'une membrane muqueuse, tels que le canal de l'urèthre, le vagin ; elle peut être employée avec avantage, en gargarisme, dans les gingivites scorbutiques.

Solution iodo-tannique iodurée.

Prenez :	Tannin. . .	10	grammes.
	Iode. . . .	5	—
	Eau. . . .	90	—

Opérez la dissolution par trituration et achevez-là à l'aide d'une douce chaleur dans un matras en verre, placé au bain-marie.

Cette solution offre l'avantage précieux de dissoudre l'iode complétement et de manière à ce qu'il ne se dépose jamais, quelle que soit la quantité d'eau avec laquelle on veuille l'étendre. Elle est soluble en toute proportion dans ce véhicule ; elle doit remplacer les solutions iodées faites avec l'intervention de l'alcool ou de la potasse.

Cette solution servira surtout à toucher les ulcères du col utérin, ceux qui surviennent aux gencives et déchaussent les dents, ceux qui ont leur siége à la voûte du palais ; elle peut être employée sur les vésicatoires dénudés pour faire absorber l'iode ou en fomentation sur les genoux tuméfiés, à la suite d'une hydarthrose ; étendue d'une plus grande quantité d'eau, elle peut servir en injections pour les grandes surfaces séreuses, comme le péritoine, l'hydrocèle et les diverses tumeurs enkystées.

Telles sont les formules que nous proposons. Nous aurions pu en faire ressortir beaucoup d'autres, nous avons cru convenable de nous arrêter, laissant au temps et aux besoins qui naîtront le soin d'étendre, à telle ou telle préparation, la formule de nos solutions iodo-tanniques iodurées. (*Gazette médicale de Lyon.*)

FORMULE DE L'ÉLIXIR TONIQUE ANTIGLAIREUX DU DOCTEUR GUILLIÉ.

Racine de colombo en poudre,	3	onces.
— d'iris de Florence,	d° 2	onces.
— de gentiane,	d° 2	gros.
— de jalap,	d° 3	livres.
Aloès succotrin,	d° 3	gros.
Safran oriental.	d° 2	onces.
Sulfate de quinine,	4	gros.
Deuto-tartrate de potassium et d'antimoine (émétique),	1/2	gros.
Deuto-nitrate de potass. (nitre),	4	gros.
Santal citrin,	1	once.
Sirop de sucre très-cuit et caramellé,	22	livres.
Alcool de Montpellier à 28 deg.,	22	litres.
Eau distillée,	22	litres.

On fait macérer les poudres pendant 24 heures dans l'alcool, à une température de 20 degrés.

On fait dissoudre séparément le deuto-tartrate de potassium et d'antimoine, le sulfate de quinine et le deuto-nitrate de potassium dans l'eau distillée qu'on ajoute à la teinture, qui se trouve ainsi réduite à 19 degrés. Vingt-quatre heures après la réunion des deux mélanges, on verse le sirop de sucre dans le matras, qu'on agite pour la dernière fois.

Après 48 heures de repos, on filtre à la chausse et au papier : la liqueur doit être colorée, mais transparente, et n'avoir qu'environ 18 degrés.

Chaque cuillerée à bouche de ce véhicule ne contient en dissolution que 4 grains 3/8 de substances purgatives non résineuses ; le reste agit comme tonique.

Usage. — Cet élixir se prend à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche : il agit comme un léger minoratif ; on boit, après l'avoir pris, trois ou quatre tasses de décoction légère de chicorée sauvage ou d'eau miellée.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

SIROP DE SCILLE COMPOSÉ.

M. Faverdaz, auteur de cette formule, ne fait pas connaître les avantages qu'il a obtenus en réunissant la scille, la digitale, la spirée ulmaire et l'acétate de potasse. Cela est fâcheux, car il est plus difficile de connaître les propriétés des médicaments

(1) On ne parvient pas toujours, du premier coup, à obtenir la neutralité complète de l'iode. On y arrivera en fractionnant les doses et surtout en y ajoutant des quantités d'eau plus considérables ; la dose de celle-ci ne paraît pas être indifférente à la combinaison entière de l'iode.

que de composer une formule, et ce n'est pas une raison parce qu'on réunit quatre médicaments diurétiques éprouvés, pour que leur réunion constitue un mélange qui sera doué d'une action plus énergique. Dans tous les cas, voici cette formule : malheureusement elle n'est pas régulièrement dosée.

Scille concassée,	30	grammes.
Feuilles de digitale,	15	—
Spiræa ulmaria,	30	—

Faites infuser pendant vingt-quatre heures dans 350 grammes d'eau, après quoi faites un sirop S. A., en ajoutant :

Sucre,	600	grammes.
Acétate de potasse,	12	—

(*Ibid.*)

Note relative à la prétendue solubilité de la morphine dans le chloroforme ; par M. P.-H. LEPAGE, pharmacien à Gisors, correspondant de la Société de pharmacie. — J'ai l'honneur d'adresser quelques observations à la Société de pharmacie, relativement à une note de M. Saint-Lager sur la préparation de l'huile de morphine, note qui se trouve consignée dans le numéro de novembre dernier du *Journal de pharmacie et de chimie* (1).

L'auteur, après avoir fait ressortir, avec juste raison, les inconvénients attachés au mode de préparation de ce médicament, qui consiste à délayer de l'acétate de morphine dans une petite quantité d'eau, puis à l'ajouter à de l'huile, propose de lui en substituer un autre, basé sur la faculté que posséderait le chloroforme de dissoudre merveilleusement la morphine pure. *Il suffirait d'ajouter la solution chloroformique à de l'huile d'amandes douces pour obtenir un médicament qui participerait à peine des propriétés sédatives du chloroforme, vu la quantité extrêmement minime de cet agent qu'il est besoin d'employer pour dissoudre l'alcaloïde de l'opium.*

Dans un travail ayant pour titre : *Du chloroforme considéré comme agent dissolvant,* que j'ai publié en 1851 (2), j'ai consigné que la morphine et ses sels étaient insolubles dans le chloroforme. La note de M. Saint-Lager annonçant le contraire, j'ai dû vérifier lequel de nous deux avait raison.

Or, les résultats de mes nouveaux essais confirment entièrement ce que j'ai établi dans mon mémoire, à savoir : *que la morphine et ses sels ne sont pas dissous par le chloroforme.*

D'après cette donnée, il n'est donc pas possible de préparer l'huile de morphine par le procédé indiqué par M. Saint-Lager.

Les sels de morphine (chlorhydrate, sulfate) sont à peine solubles dans les corps gras à froid ; à chaud, au contraire, ils s'y dissolvent en quantité notable. Je conseillerais donc, pour obtenir un effet sédatif marqué avec l'huile de morphine, de la préparer en délayant le sulfate ou l'hydrochlorate de cette base dans de l'huile d'amandes douces, puis de chauffer le mélange au bain-marie, *au moment d'en faire usage,* afin de dissoudre le sel morphique, qui, toutefois, ne reste en dissolution que tant que l'huile est chaude.

Remarque. — C'est un fait aujourd'hui bien constaté, que la morphine ou les sels de cet alcaloïde ne sont pas plus solubles dans le chloroforme, qu'ils ne le sont dans l'huile d'olives ou d'amandes douces. Rien ne justifie donc l'usage, pourtant très-répandu dans certaines localités, d'une prétendue huile de morphine. Heureusement, on possède aujourd'hui un fort bon moyen d'y suppléer dans les *glycérolés*, récemment proposés par M. Cap. Voici, par exemple, la formule d'un glycérolé de morphine qui nous semble devoir remplir parfaitement l'emploi d'une embrocation sédative :

Pr. Acétate de morphine,	1	gramme.
Glycérine,	100	grammes.

Faites dissoudre à chaud ou à froid.

Cette formule n'est que provisoire ; mais nous savons que les *glycérolés*, envisagés d'un point de vue général et particulier, sont en ce moment l'objet d'une étude complète de la part de MM. Cap et Garot, qui ne tarderont pas sans doute à la publier. (*Journal de pharm. et de chimie.*)

De l'emploi de la magnésie fluide (bicarbonate de magnésie) ; par M. C. DELACRE, pharmacien à Bruxelles. — L'action des médicaments dépend le plus ordinairement de la forme sous laquelle on les administre ; aussi le praticien doit-il toujours non-seulement se rappeler sous quelles formes les principes actifs existent, mais encore sous quelle forme il faut les prescrire dans telle ou telle circonstance déterminée.

L'oxyde de magnésium (magnésie calcinée), si employé comme absorbant des acides qui se développent parfois abondamment dans les voies digestives, est du nombre des médicaments administrés sous une mauvaise forme.

Cette poudre est trop légère et occupe un trop grand volume pour ne pas dégoû-

(1) Voir notre cahier de janvier, p. 63.

(2) Voir notre tome XIII, p. 258.

sur les malades au bout d'un temps plus ou moins long. Les médecins anglais se sont aperçus depuis longtemps de tous les désavantages de la magnésie pulvérisée, qui du reste n'est jamais pure dans le commerce; aussi l'ont-ils presque complétement abandonnée.

Présenter ce médicament sous une forme liquide, d'un goût agréable et chimiquement pur, qui permettrait sous un très-petit volume de faire prendre beaucoup de magnésie, fut le but qu'il s'agissait d'atteindre.

Le carbonate de magnésie, comme la plupart des carbonates à base terreuse, est soluble dans une solution saturée d'acide carbonique. Cette particularité permet de dissoudre beaucoup de magnésie, et de la présenter au malade sous une forme beaucoup plus agréable que le mélange nauséabond formé par la magnésie simplement délayée.

Ainsi dissoute, elle ne peut jamais produire de concrétions dans les intestins, comme cela peut avoir lieu avec la magnésie en poudre. Elle agit d'une manière plus prompte, plus efficace, et à des doses infiniment plus petites.

La solution de bicarbonate de magnésie possède tous les avantages de la magnésie calcinée, sans partager aucun des inconvénients qui la caractérisent. Elle guérit les aigreurs d'estomac, purge sans coliques, en saturant les acides produits par une digestion imparfaite, et empêche le lait de se coaguler trop promptement dans l'estomac des enfants à la mamelle.

Un verre à vin de Bordeaux est la dose que doit prendre un adulte. Une cuillerée à soupe suffit pour un enfant de deux à six ans, une ou deux cuillerées à café pour des enfants plus jeunes.

Prise de cette manière, la magnésie agit comme absorbant.

Si on veut que ce médicament ne produise qu'un effet purgatif, on le prendra avec du jus de citron; on prendra ainsi la limonade purgative au citrate de magnésie; mais il ne faut pas oublier que, quand on la prend ainsi, on est purgé par un sel qui n'a pas la propriété de saturer les acides produits dans l'estomac, comme le ferait la magnésie fluide sans cette addition.

(*Presse médicale belge.*)

III. BIBLIOGRAPHIE.

Choléra-morbus. *Guide du médecin praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie;* par le docteur FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux.*

Quand un livre, traitant d'une maladie très-grave, sur la nature et les moyens thérapeutiques de laquelle les praticiens ne sont point d'accord, est mis au jour, tout journal de médecine, désireux de faire suivre à ses lecteurs le mouvement de la science et de contribuer au soulagement de l'humanité, est tenu d'en rendre un compte exact.

Dans l'intérêt des abonnés de ce Recueil et dans celui de l'ouvrage du rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux,* si connu par la publication de la *Bibliothèque du médecin praticien,* nous aurions désiré que cette tâche échût à plus habile que nous. Quoi qu'il en soit, notre impartialité et notre ambition d'être quelque peu utile à nos confrères, pourront peut-être compenser notre défaut d'habitude dans ce genre de travail.

Ce traité est un ouvrage nouveau et non une nouvelle édition du petit volume que M. Fabre publia en 1832, et auquel l'Académie des sciences décerna une médaille d'or. Rien, dit l'auteur dans sa préface, ne rappelle l'ancien dans celui-ci, ni la distribution des matières, ni les aperçus historiques et thérapeutiques, ni l'appréciation des médicaments, ni même l'indication de la méthode générale, qui nous paraît la plus avantageuse dans le traitement de cette maladie.

Le nouvel ouvrage comprend quatre parties :

I. La définition;

II. Coup d'œil historique sur l'invasion du choléra en Europe et sur cinq épidémies, dont trois à Paris et deux en Angleterre;

III. Description du choléra-morbus;

IV. Choléra asiatique.

Nous ne nous arrêterons pas sur les deux premières parties, attendu qu'elles n'intéressent que fort peu les praticiens auxquels, cependant, l'ouvrage de M. Fabre s'adresse spécialement.

Qu'importent, en effet, à ceux-ci, la connaissance des différentes dénominations du choléra et la marche de cette maladie depuis 1817, époque à laquelle, après

avoir quitté le Gange, elle vint à Java, jusqu'en 1853 où elle reparut à Paris. Les trente-deux premières pages sont donc presque inutiles aux praticiens; elles ne peuvent être consultées avec fruit que par les auteurs qui, à l'exemple d'Ozanam, s'occupent spécialement des épidémies.

L'article III comprend la description du choléra-morbus, que M. Fabre, à l'exemple du docteur Racle, divise en essentiel ou sans lésions cadavériques après la mort, en symptomatique et en asiatique.

La première partie se compose d'observations, publiées en 1826 dans le *Journal complémentaire*, et d'un passage emprunté au *Répertoire des sciences médicales*, écrit, en 1834, par M. Ferrus. Le lecteur n'y trouve donc rien de neuf.

La seconde, dans laquelle il s'agit du choléra sporadique symptomatique, n'est qu'un résumé du mémoire fort intéressant que le docteur Racle a publié, en 1849, dans la *Revue médico-chirurgicale*.

Enfin, ce troisième article se termine par une observation de M. Machelard, publiée, le 22 janvier 1853, par la *Gazette des hôpitaux*, suivie de quelques-unes des judicieuses conclusions sur le pronostic et le traitement du choléra symptomatique, empruntées au mémoire de M. Racle.

Me voici arrivé à l'article IV, le plus important de l'ouvrage, suivant l'auteur, ou à celui qui parle de la description et du traitement du choléra-morbus épidémique. Il est divisé en deux sections principales.

Dans la première il s'agit de la cholérine, diarrhée préventive. L'on sait combien un observateur français et les médecins anglais ont cherché à fixer l'attention des praticiens sur ce symptôme. Pour M. Fabre, lequel, aux pages 61 et 150 de son Traité, revendique pour son collègue de la *Gazette médicale de Paris*, une part de sa découverte, qui, cependant, est un peu celle de tous les médecins des localités où a sévi le choléra épidémique; pour le docteur Fabre, disons-nous, la cholérine est le premier degré ou une forme moins grave du choléra, et en le guérissant on prévient fréquemment ce dernier.

La seconde section de l'article IV parle du choléra épidémique. Les symptômes, le diagnostic, la marche, le pronostic, les lésions cadavériques et l'examen chimique et microscopique du sang et des déjections pendant la vie, y sont tracés de main de maître.

Le docteur Fabre reconnaît au choléra épidémique cinq périodes, qu'il avait déjà admises dans son précédent livre :

1° Les prodromes;

2° La phlegmorrhagie;

3° La période algide, cyanique et asphyxique;

4° La réaction;

5° L'état typhoïde.

En parlant du pronostic, l'auteur rapporte les symptômes funestes et favorables, et il admet les six variétés suivantes :

1° Choléra insidieux;

2° Abattement ou idiotisme cholérique;

3° Transformation fibrillaire, palpitante;

4° Choléra sec;

5° Choléra intermittent;

6° Choléra avec érythème.

Les première, deuxième, troisième et cinquième ont été admises par M. Magendie; la quatrième a été observée par le docteur Roth, en 1831, et la sixième reconnue par différents observateurs; ainsi, M. Rayer, etc.

Un paragraphe, composé de deux emprunts : l'un, fait à M. Magendie, l'autre, à M. Gendrin, est consacré à l'étude des maladies consécutives au choléra ou avec lesquelles il peut coïncider.

Arrivé à la nature du choléra, M. Fabre, après avoir rapporté les opinions de MM. Bouillaud, Clot-Bey, Delpech, Magendie, Ochel, Sinagowitz, Rochoux, Roche, Bally, Briquet, Gendrin, etc., finit par cette sentence empruntée à ce dernier : « La nature du choléra nous échappe comme, au reste, la nature de presque toutes les maladies; le ferment qui le détermine est puisé on ne sait où. »

En traitant de l'étiologie, M. Fabre exprime la même opinion; voici ses propres paroles : « La plus grande obscurité règne encore, il faut le dire, quand il s'agit de déterminer la cause de ce fléau ainsi que de bien d'autres. Tout se borne, hélas! à des hypothèses (p. 137). Le siége, les causes, la nature du choléra sont, pour nous, dit-il (p. 133), le *quid ignotum*, le τὸ θεῖον d'Hippocrate, qu'il n'est pas donné à notre humaine nature d'approfondir et qu'il faut laisser le soin d'expliquer et d'approfondir à son divin et suprême auteur. »

La partie du volume, la plus importante à nos yeux, parce qu'elle est celle qui intéresse le plus les praticiens (*medici partium est eniti ad reperiendam sanitatem*, a dit Celse), s'occupe du traitement.

En exposant le traitement préventif, l'auteur parle des mesures adoptées en Angleterre et auxquelles les médecins, qui ont eu à lutter contre des épidémies de choléra, ne sauraient trop applaudir; puis il expose les différents autres moyens, plus ou moins efficaces qui ont été conseillés, et parmi lesquels figurent ceux de MM. Mar-

chandière, Bouchardat, Mandl, J. Guyot, Briquet, Piorry, Chauffard, Bordés, Robert de Marseille, Moreau de Jonnès, Piétra-Santa, etc.

Arrivé au traitement curatif, M. Fabre se livre à un examen critique des trois principales médications (saignées, évacuants, opiacés) employées contre la cholérine et le choléra épidémique.

Après avoir signalé, avec le savoir de l'observateur et du critique judicieux qui est à la hauteur de la science, ce que chacune d'elles présente d'utile et de dangereux, il se prononce pour la méthode vomitive contre la cholérine.

Cet article mérite l'attention des médecins, car ils y trouveront certainement une bonne règle de conduite, telle que peut la donner l'habile praticien qui connait ce qu'ont fait les maîtres de la science.

La lecture de la partie qui traite des émissions sanguines nous a rappelé le fait suivant :

Pendant la dernière épidémie cholérique qui sévit dans notre ville, un de nos confrères, dans le désir, non pas de faire du neuf, puisque les saignées avaient déjà été conseillées par MM. Broussais, Andral, Bouillaud, Cayol, Honoré, Gendrin, Husson, Renauldin, etc., préconisa hautement les évacuations sanguines générales.

De notre côté, appuyé sur notre opinion personnelle et sur l'autorité de grands observateurs, tels que MM. Briquet, Magendie, Récamier, etc., etc., nous les rejetions dans les périodes phlegmorrhagique et algide. De là il résulta, mais pour quelques jours seulement, cette conséquence : c'est que tous les peureux et les cholériques voulaient être saignés; c'est que la mort de ceux que nous avions le malheur de perdre, sans les avoir phlébotomisés, était attribuée à notre traitement; c'est que celle des cholériques que nous avions cru devoir saigner, seulement dans la période de réaction, était, aux yeux des gens du monde, le résultat de nos trop tardives évacuations de sang.

Après ce chapitre vient le dictionnaire de thérapeutique appliqué au choléra, dans lequel, en suivant l'ordre alphabétique, l'auteur rapporte tous les principaux remèdes français et autres, conseillés contre ce fléau, et les fait suivre de quelques-unes des réflexions de leur auteur.

Dans la section consacrée au traitement des diverses périodes du choléra, on trouve un résumé clair et raisonné, qui peut servir de règle de conduite aux praticiens, quoiqu'il ne contienne rien de neuf; car le traitement de l'auteur est à peu près celui mis en usage par tous les médecins.

Vient ensuite un formulaire spécial pour le traitement du choléra-morbus. Là se trouvent rapportées des centaines de formules, avec les noms des auteurs et l'indication des périodes, des variétés et des symptômes qu'elles sont destinées à combattre.

Enfin, l'ouvrage est terminé par une table alphabétique des auteurs cités.

Nous pouvons dire que le *Traité du choléra-morbus* du docteur Fabre, dont le style est clair et simple, est l'œuvre consciencieuse d'un praticien qui sait se rendre utile à ses confrères en leur faisant connaître le fruit de son expérience et principalement celle des maîtres de la science.

Dr E. PUTEGNAT (de Lunéville).

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE MÉDECINE OCULAIRE COMPRENANT L'HISTORIQUE DE L'OPHTHALMOLOGIE, L'ANATOMIE DESCRIPTIVE, LA PHYSIOLOGIE, LA PHYSIQUE, L'HYGIÈNE, L'OPHTHALMOSCOPIE, LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPIE DES PARTIES CONSTITUANTES DE L'OEIL; par P. J. VALLEZ. Bruxelles, 1853, 1 vol. in-8°.

M. le docteur Vallez, qui a déjà enrichi la science de l'oculistique de travaux estimables, vient de livrer à la publicité un *Traité de médecine oculaire* destiné à son tour à prendre place parmi les publications les plus recherchées.

L'auteur, pour composer son Traité, a fait des recherches nombreuses et mis à profit les travaux de nos compatriotes auxquels l'art est redevable de grands perfectionnements. L'ordre qu'il a suivi nous paraît être des plus heureux pour l'intelligence des lecteurs. En effet, il commence par un résumé qui embrasse toute la science anatomique de l'organe de la vision et de ses annexes, et rafraîchit ainsi la mémoire des médecins qui ont quitté les bancs de l'école depuis quelque temps, et leur facilite l'étude de la partie pathologique à laquelle il arrive naturellement après avoir dit quelques mots de la physiologie.

L'ouvrage comprend différents chapitres où sont étudiés : 1° Les maladies de la conjonctive avec leurs nombreuses variétés; 2° les maladies de la sclérotique; 3° les maladies de la membrane de Jacobson; 4° les maladies de la choroïde; 5° les maladies de la membrane de Jacob; 6° les maladies de la rétine; 7° les maladies de la cornée; 8° les maladies de la membrane de l'humeur aqueuse; 9° les maladies de

l'humeur aqueuse; 10° les maladies de l'iris; 11° les maladies de la capsule du cristallin; 12° les maladies de l'humeur de Morgagni; 13° les maladies du cristallin; 14° les maladies de la membrane hyaloïde; 15° les maladies du corps vitré; 16° les maladies du cercle et du procès ciliaires; 17° les maladies symptomatiques des membranes de l'œil; 18° les vices fonctionnels de la vision; 19° les maladies générales du globe oculaire; 20° les lésions diverses immédiates de l'œil; 21° le déplacement accidentel des yeux; 22° la position anormale des yeux; 23° les vices congénitaux des yeux; 24° la myoplégie oculaire; 25° la blépharoplégie; 26° la névralgie oculaire et péri-orbitaire.

Dans les trois derniers chapitres qui terminent le volume, l'auteur étudie les conserves, les lunettes, et les subterfuges employés par les conscrits.

Tels sont les différents sujets que M. Vallez a étudiés, et lorsqu'il dit que, comme l'abeille, il n'a fait que butiner, nous croyons que notre confrère y met un peu trop de modestie; il est vrai que ce n'est pas un mal, que c'est plutôt une qualité, et d'autant plus précieuse à mes yeux qu'elle tend tous les jours à disparaître.

Dr Henriette.

IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Séance du 6 mars.

M. Daumerie, président honoraire, occupe le fauteuil.

Secrétaire : M. Crocq.

Sont présents : MM. Daumerie, Leroy, Joly, Gripekoven, Perkins, Koepl, Martin, Rieken, Crocq, Van den Corput, Delstanche et Henriette.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Ouvrages présentés :

1. Notice sur Herman Vander Heyden, de Louvain, médecin pensionné de la ville de Gand en 1612, par F. J. Malcorps, br. in-8°.

2. Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1 octob. 1852 bis zum 30 sept. 1853, von Dr J. F. Heyfelder. Berlin, 1853, in-8°.

3. Mittheilungen aus der orthopaedischen Anstalt des Johannes Wildberger im Bamberg, von Dr C. M. Wiezrer. Berlin, 1853, in-8°.

4. Compte-rendu des travaux du Conseil de salubrité publique de Liége pendant l'année 1853, par M. A. Spring, br. in-8°.

5. Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique pour 1854, vol. in-18.

6 à 38. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

La Société a reçu un mémoire en réponse à chacune des deux questions mises au concours pour les prix fondés par M. Delstanche. Le mémoire en réponse à la question sur la surdité nerveuse a pour épigraphe : *Maturant morborum ostendunt curationes*. Celui en réponse à un point important quelconque de la pathologie auriculaire a pour titre : *Des otites dans les fièvres graves*, et pour épigraphe : *Ars tota in observationibus*.

Ces mémoires étant arrivés avant le 1er mars, il y a lieu à nommer, pour les examiner, une commission de cinq membres, élus au scrutin secret.

M. Delstanche : Je commence par déclarer que, étant ici en quelque sorte personnellement intéressé, je ne puis faire partie de cette commission. Je dois rappeler pourtant que mon but a été d'arriver à un résultat pratique, de faire quelque chose d'utile pour le traitement de ces affections si graves et si rebelles. Ce but sera atteint seulement si les mémoires reçus ajoutent quelque chose à la thérapeutique de ces maladies.

Il est procédé au scrutin secret. MM. Koepl, Henriette, Dieudonné, Bougard et Crocq, ayant obtenu la majorité, sont nommés membres de la commission.

M. Martin lit le rapport suivant :

Du huaco et de ses vertus médicinales. Réflexions médicales sur le choléra-morbus et son traitement avec le mikania huaco.

Tel est le titre d'une brochure publiée à Paris par le docteur Jean-Louis Chabert, de Mexico, sur un nouveau mode de traitement de la fièvre jaune et du choléra asiatique par la décoction et la teinture d'une plante connue de temps immémorial par les Indiens sous le nom de huaco, mais complètement inconnue en thérapeu-

tique avant les recherches de notre honorable correspondant.

Le livre de notre savant confrère se divise en neuf chapitres où il traite successivement de la découverte du huaco et de la description de son application dans la fièvre jaune, les affections nerveuses avec aberration ou diminution de l'innervation, les fièvres intermittentes rebelles, la coqueluche, la rage, et spécialement le choléra-morbus épidémique.

Dans les 6e et 7e chapitres, il se livre à quelques réflexions sur la médication du choléra sans recourir au huaco et l'influence que les causes de cette dernière maladie ont exercée sur la fièvre jaune. Enfin, les deux derniers chapitres sont consacrés à relater les diverses observations propres à constater les avantages qui peuvent être retirés pour l'humanité, de l'administration de cette plante.

Sans vouloir donner une analyse circonstanciée de l'ouvrage qui a été confié à notre examen (ce qui, du reste, serait peu facile vu l'ordre de sa distribution), nous croyons pouvoir en donner une esquisse suffisante pour apprécier un agent thérapeutique nouveau, considéré comme spécifique contre deux maladies aussi redoutables que le choléra-morbus et la fièvre jaune.

C'est l'analogie, source de tant de découvertes dans les sciences, qui a conduit notre confrère de Mexico à expérimenter le mikania huaco (convolvulacée de la famille des Syngénèses corymbifères) contre un grand nombre de maladies dépendant d'une aberration du système nerveux ou une altération des liquides.

Ayant appris que les aborigènes connaissaient une plante qui possédait la vertu de guérir les accidents qui résultaient de la morsure des reptiles venimeux et de la prévenir, en suçant le suc de ses feuilles fraîches mâchées et en appliquant le marc sur la plaie, il conçut le projet d'introduire cette substance végétale dans la thérapeutique, où son action, bien étudiée, ne pourrait manquer de lui assigner un rang distingué (1).

En effet, suivant l'auteur, deux causes identiques, l'absorption du venin des reptiles et celle des miasmes délétères gazeux, produisent, l'une et l'autre, la perturbation du système nerveux et la décomposition du sang; en un mot, l'empoisonnement, le choléra, la fièvre jaune. Le spécifique du premier devra donc être avantageux aux deux autres affections.

Partant de cette idée, il commença ses expériences sur la fièvre jaune d'abord, les névroses, les fièvres intermittentes, le choléra asiatique. Ses efforts furent couronnés de succès et il guérit la plupart des affections de ce genre qui furent confiées à ses soins. La décoction d'un gros de feuilles et sommités ou de deux gros de liane dans un litre d'eau, jusqu'à l'obtention d'une légère saveur amère et administrée par petite tasses de demi-heure en demi-heure; ou bien, une cuillerée d'un mélange composé d'une cuillerée de teinture alcoolique de huaco dans huit cuillerées d'eau sucrée et administrée de quinze en quinze minutes, jusqu'au rétablissement d'une douce chaleur et de la transpiration, composèrent tout le traitement employé contre ces deux terribles maladies. Il en fut de même dans une foule d'autres affections signalées par l'auteur où il obtint des succès constants, comme le prouve le passage suivant tiré de sa publication : « Le *mikania huaco* » est donc le moyen, le seul peut-être qui » puisse être employé dans le traitement » du choléra-morbus *grave, algide, asphyxique*, avec un espoir fondé de succès. » Et, je crois, avec la confiance qui résulte » d'une profonde conviction que cette » plante précieuse est un spécifique certain contre la fièvre jaune, contre le choléra-morbus, et probablement aussi contre la peste du Levant et contre la plupart des névroses; comme elle est, à » n'en pouvoir douter, un spécifique certain, infaillible, contre la morsure des » reptiles venimeux; comme elle est un » puissant moyen pour combattre les accidents du typhus et toutes les maladies » qui reconnaissent pour cause l'action des » miasmes, de quelque nature qu'ils » soient. »

En somme, Messieurs, tout en reconnaissant le mérite de la découverte de notre honorable correspondant et, sans vouloir émettre le moindre doute sur la véracité des cas nombreux de guérison d'un grand nombre de maladies qu'il cite dans son ouvrage, nous croyons qu'avant de nous prononcer sur ce nouveau mode de traitement, il serait désirable que ceux d'entre nous qui se trouveraient à même

(1) Les propriétés du *mikania guaco* ou *huaco* contre la morsure des serpents venimeux ont été constatées en 1798 par les nombreuses expériences de Mutis. La réputation de cette plante a grandi encore par les succès qu'on a obtenus, depuis 1830, de l'emploi de son extrait contre les rhumatismes aigus, les fièvres intermittentes, et surtout contre les ravages de la fièvre jaune et du choléra-morbus. (Voir le mot *mikanier* dans le Dictionnaire d'histoire naturelle et des phénomènes de la nature, publié sous la direction de M. F. E. Guérin). Dr D...

de traiter des affections cholériques épidémiques fassent tout leur possible pour se procurer du *mikania huaco* et de l'expérimenter. Ce serait un moyen infaillible de s'assurer de la vertu de cette plante et des nouveaux bienfaits qu'elle paraît appelée à rendre à l'humanité.

Nous terminons ce court aperçu, Messieurs, en vous proposant de voter des remercîments à M. le docteur Chabert et de déposer honorablement sa brochure dans nos archives.

M. HENRIETTE. A chaque apparition du choléra, on préconise contre cette maladie de nouveaux spécifiques. En voici un de plus qu'on nous présente ; et je demanderai à M. Martin si les expériences de M. Chabert confirment réellement le titre de spécifique qu'il donne au huaco, si elles démontrent qu'il aurait guéri des cas de choléra. A l'entendre, ce moyen aurait déjà été expérimenté sur une assez grande échelle ; mais je demande s'il cite des observations de guérison. Nous savons que par toutes les méthodes on obtient des succès ; il s'agit seulement de savoir si par l'une d'elles on en obtient davantage. Y a-t-il dans ce mémoire des observations dont le diagnostic soit bien établi? S'il y en a, sont-ce de vrais cas de choléra asiatique ou des cas de cholérine ou de choléra léger?

M. MARTIN. M. Chabert cite plusieurs cas de choléra asiatique, qu'il désigne sous ce nom sans énumérer leurs symptômes. Comme l'auteur est un vieux praticien, un ancien médecin en chef de l'armée du Mexique, il doit être à même de poser un bon diagnostic. Du reste, il dit en avoir traité plus de mille cas.

M. HENRIETTE. Quelle est la statistique de ces mille cas?

M. MARTIN. Il n'en donne pas. Il cite seulement une dizaine d'observations, mais sans fournir aucun détail.

M. HENRIETTE. Comment formule-t-il l'action de ce médicament?

M. MARTIN. Le huaco possède, paraît-il, la propriété d'annuler les effets de la morsure des animaux venimeux. De là est née l'idée qu'il pourrait peut-être aussi servir à combattre l'empoisonnement miasmatique qui donne lieu au choléra. M. Chabert dit avoir ainsi obtenu de la chaleur, de la transpiration, en un mot tout ce qui constitue la réaction.

M. HENRIETTE. Se contente-t-il de donner l'extrait de huaco sans recourir à d'autres modes de traitement, tels que la chaleur artificielle, les frictions, et les autres moyens généralement usités?

M. MARTIN. Il emploie ceux-ci aussi, et principalement la chaleur artificielle; mais il attribue au huaco la principale part des succès.

M. KOEPL. Je voudrais savoir si c'est au Mexique que M. Chabert a employé le huaco. C'est que je n'ai jamais su que le choléra existât au Mexique.

Ensuite, il doit avoir appris cet usage des habitants du pays, du peuple qui emploie généralement le huaco, non-seulement contre les morsures d'animaux venimeux, mais aussi contre le choléra, la fièvre jaune, le typhus, etc. En Europe aussi on a fait des expériences sur cet agent; il y a un rapport sur l'ouvrage de M. Chabert et sur l'emploi du huaco dans la *Deutsche Klinik*, et l'on y fait mention d'expériences qui auraient fourni des résultats très-favorables.

M. MARTIN. Je ne le connais pas.

M. KOEPL. Cela a paru en feuilleton, l'année passée, dans la *Deutsche Klinik*.

M. RIEKEN. Est-ce que M. Chabert le conseille ou l'emploie à toutes les périodes du choléra?

M. MARTIN. A toutes les périodes, au début, dans la période algide, et jusque dans la réaction.

M. RIEKEN. L'emploie-t-il aussi contre les suites du choléra?

M. MARTIN. Oui, et de plus il le conseille contre une foule d'autres maladies, telles que le typhus, la fièvre jaune, les maladies nerveuses; à l'entendre, ce serait un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

La Société adopte les conclusions du rapport de M. Martin et en décide l'impression.

M. VAN DEN CORPUT lit le rapport suivant sur un travail de MM. Bruinsma et Bloembergen, de Leeuwaerden, sur un cas d'empoisonnement arsénical.

Messieurs,

La Société a reçu de la part de M. Bruinsma une brochure hollandaise relative à la recherche chimico-légale de l'arsenic dans un cas d'empoisonnement, où ce chimiste, de concert avec M. Evert Bloembergen, pharmacien à Leeuwarden, fut appelé à éclairer la justice.

Je viens m'acquitter de la mission qui m'a été confiée en vous présentant une analyse succincte de ce travail.

Après avoir exposé dans un premier rapport les formalités préliminaires de l'expertise et énuméré les différentes matières qui firent l'objet de leurs recherches, les auteurs de ce mémoire qu'ils n'ont fait, en le livrant à l'impression, que céder aux sollicitations de quelques confrères, abordent la partie technique de leurs ana-

lyses qui sont traitées avec infiniment d'ordre et de méthode.

Ils décrivent d'abord d'une manière détaillée les différents modes opératoires et les méthodes auxquels ils ont eu recours pour reconnaître la nature du poison et déterminer sa quantité; ils indiquent ensuite les divers essais auxquels furent soumis les réactifs ainsi que les ustensiles employés afin de s'assurer de leur pureté et de leur netteté absolue. Nous n'entrerons pas dans l'exposé de ces opérations, les manipulations suivies par MM. Bruinsma et Bloembergen, ne différant guère, à quelques légères modifications près, des procédés qui sont généralement connus et décrits dans la plupart des traités spéciaux. Il nous suffira de dire que, suivant les indications fournies par la nature des substances soumises à leur examen, ils ont eu recours, soit à la réduction directe des particules toxiques au moyen du charbon dans des tubes Berzélius, et à l'épreuve consécutive des anneaux métalliques obtenus par volatilisation ou par dissolution à l'aide de quelques gouttes d'acide azotique et par l'essai au moyen des réactifs ordinaires, soit à l'épreuve par l'appareil de Marsh en employant tantôt l'appareil primitif, tantôt celui modifié par Orfila, et d'autres fois enfin, l'appareil dont MM. Kœppelin et Kampmann, de Colmar, ont donné, il y a quelques années, la description.

Tous ces essais ont été exécutés avec la plus scrupuleuse attention et en prenant toutes les précautions que recommande la science.

Dans le chapitre suivant, les auteurs du travail, abordant la partie la plus délicate de ces sortes d'analyses, exposent les différentes méthodes auxquelles ils ont eu recours pour se débarrasser des matières organiques et rendre soluble le composé arsénical.

Ces méthodes consistèrent : 1° dans la destruction des substances animales au moyen du chlore naissant produit par un mélange en proportion déterminée de chlorate potassique et d'acide chlorhydrique. La liqueur résultant de cette opération, filtrée et traitée par l'acide sulfureux était soumise ensuite à un courant de sulfide hydrique. Le précipité qui s'y formait recueilli sur un filtre, séché, puis pesé, était traité par l'acide azotique. Ajoutant ensuite quelques gouttes d'acide sulfurique dans le but de carboniser le filtre, puis traitant à chaud par l'eau distillée, on obtenait la liqueur destinée à être introduite dans l'appareil de Marsh. Pour la préparation des substances d'une composition peu complexe, les chimistes hollandais ont eu recours au procédé de carbonisation de MM. Danger et Flandin, dont ils exposent le mode opératoire dans un chapitre spécial. La matière séchée et carbonisée par 1/4 de son poids d'acide sulfurique, puis traitée par poids égal d'acide azotique et séchée de nouveau fut épuisée par l'eau distillée et filtrée; le liquide qui en résultait était introduit dans l'appareil de Marsh. Dans la plupart des cas, afin d'éviter des pertes, la carbonisation eut lieu à la cornue et le liquide condensé dans un ballon d'ajutage était recueilli pour être ajouté au reste du liquide destiné aux recherches.

Le mode opératoire suivi dans ce dernier cas par les chimistes hollandais aurait pu, selon nous, être remplacé avec avantage par le procédé suivant à la fois plus sûr, plus économique, et qui nous a fourni d'excellents résultats. Il consiste à décomposer les matières organiques à chaud par la potasse caustique, puis à sursaturer l'alcali par l'acide chlorhydrique. Les liqueurs filtrées et concentrées sont traitées ensuite par l'infusion de noix de galle, afin de précipiter les dernières traces de substances albuminoïdes qui pourraient encore s'y trouver. On filtre de nouveau et l'on introduit la liqueur parfaitement claire dans l'appareil de Marsh.

Il est, en outre, à propos du premier procédé de destruction des matières animales suivi par les experts, et en présence surtout des résultats négatifs ou incertains qu'ils ont obtenus dans quelques-unes de leurs expériences; il est, disons-nous, une remarque que nous ne pouvons nous dispenser de faire, à cause de l'importance qu'elle présente, alors qu'il s'agit de la recherche de très-faibles quantités d'arsenic.

L'expérience prouve en effet, que lorsque l'on a affaire à des matières d'origine animale, la liqueur séparée au moyen du filtre du précipité arsénical formé par l'acide sulfhydrique, conserve dans la plupart des cas une légère coloration jaunâtre et retient encore quelques traces de sulfure arsénieux dont la présence de certaines matières organiques indécomposées empêche la précipitation complète.

C'est ce dont il est facile de se convaincre lorsque l'on ajoute à la liqueur un peu de sel marin afin de diminuer sa capacité dissolvante; que l'on chauffe et qu'on laisse refroidir dans une longue éprouvette; on remarque, au bout de quelque temps un précipité qui augmente en même temps que le liquide surnageant se décolore. Cette précipitation peut être produite également par l'addition d'une cer-

taine quantité d'alcool, et l'essai de ce nouveau dépôt y démontre une quantité d'arsenic qui peut être dosée.

Pour en revenir à la marche opératoire suivie dans la brochure qui nous occupe, disons que ses auteurs ont pris un soin exact de soumettre toutes les taches qu'ils obtenaient par l'appareil de Marsh dans le cours de leurs recherches aux essais ordinaires par les réactifs; ils ont modifié l'une de ces épreuves en imaginant de recueillir quelques dépôts métalliques dans de petites capsules en porcelaine, et après avoir dissous la tache dans une goutte d'acide azotique, puis évaporé, ils ont touché le résidu avec de l'eau acidulée par de l'acide chlorhydrique et ont placé la capsule ainsi préparée sous une cloche où se produisait un dégagement de sulfide hydrique, lequel, absorbé par le liquide de la capsule, y déterminait un précipité qui était essayé encore relativement à sa solubilité dans l'ammoniaque liquide. D'autres taches furent soumises sous une cloche à l'action du chlore gazeux obtenu par un mélange d'hypochlorite calcique et d'acide sulfurique étendu, d'après la méthode de Filhol; les taches produites par l'arsenic disparaissent alors après une ou deux minutes, et fournissent, lorsqu'on les touche ensuite par une solution concentrée d'azotate argentique, un précipité rouge-brique très-caractéristique. Nous préférons à l'épreuve des experts hollandais qui consiste à soumettre, comme il a été dit plus haut, les taches arsénicales recueillies sur une capsule et dissoutes dans l'acide nitrique à l'action du sulfide hydrique, le mode d'essai suivant qui nous semble au moins aussi ingénieux et beaucoup plus simple. Ce procédé consiste à enlever le tube de Marsh dans lequel on a obtenu des anneaux métalliques en le chauffant à la lampe à alcool, pour l'adapter à un petit flacon dans lequel s'opère un dégagement d'acide sulfhydrique. Lorsque l'on chauffe ensuite de nouveau le tube à l'endroit où se trouvait le dépôt arsénical, il se produit des vapeurs jaunes qui vont se condenser en anneau dans la partie froide du conduit. On obtient de la sorte un sulfure arsénieux (orpiment) d'une belle couleur citrine, soluble dans l'ammoniaque caustique et répondant à tous les autres caractères de ce corps.

Il est inutile de décrire la manière dont les experts ont procédé à l'essai de leurs réactifs ainsi que des matières employées dans leurs opérations. Nous dirons seulement qu'ils se sont même assurés, ainsi qu'il convient d'ailleurs dans une analyse exacte, de l'absence de toute trace d'arsenic dans le papier des filtres et jusque dans la planchette sur laquelle devaient être hachées les matières suspectes. Procédant ensuite à l'examen des organes de la victime et des matières recueillies par les médecins-légistes, ils ont d'abord dirigé leurs recherches sur le dépôt blanchâtre pulvérulent abandonné par réposition des liquides de l'estomac. La quantité de cette poudre dans laquelle apparaissaient quelques granules cristallins d'un blanc sale ou jaunâtre, que l'on parvint à rassembler, pesait 0,062 milligr.

Les essais et les réactions multipliées auxquelles cette matière fut soumise, ne laissaient aucun doute sur sa nature et donnèrent clairement à reconnaître un composé arsénical qui n'était autre que l'acide arsénieux ou mort-aux-rats.

Les granules blanchâtres recueillis dans l'estomac et dont le poids total était de 0,040 milligr., après avoir été lavés à l'eau distillée, puis séchés, furent, comme la poudre précédente, traités par le charbon dans un tube de réduction et donnèrent les mêmes résultats.

Nous n'entrerons point dans l'examen successif de toutes les recherches auxquelles les experts soumirent les différentes matières soupçonnées contenir des traces du toxique. Ce ne serait qu'une répétition des principes généraux que nous avons précédemment exposés. Ces investigations qui ont porté sur le liquide contenu dans l'estomac, sur l'estomac lui-même, sur l'œsophage et sur la langue, ne diffèrent pas d'ailleurs des méthodes généralement connues. Les intestins et leur contenu, des portions du foie et des poumons, le cœur, la vessie, l'un des reins avec son urétère, enfin les matières fécales qui souillaient la chemise de la victime, de même que des aliments vomis recueillis sur un gazon, ont été également soumis à un examen rigoureux, des résultats duquel les experts ont tiré les conclusions suivantes :

A. En ce qui touche les matières extraites du cadavre de la victime, ils ont déclaré:

1° Que la matière pulvérulente, recueillie en substance sur la muqueuse stomacale et le long de l'œsophage ou déposée par les liquides de l'estomac n'était autre que de l'acide arsénieux (mort-aux-rats), substance que l'on sait être un poison violent susceptible, même à faible dose, de déterminer la mort.

2° Que le liquide de l'estomac contenait une combinaison arsénicale à l'état de solution.

3° Que la membrane muqueuse de cet organe offrait également des traces du toxique.

4° Que la présence de l'arsenic a, de plus, été constatée dans une partie des intestins et dans leur contenu.

5° Que l'arsenic obtenu dans les essais précédents doit être considéré comme ayant été administré à la victime sous forme d'acide arsénieux.

6° Que la quantité de ce poison rencontrée en substance dans l'estomac et appréciable avec une rigoureuse certitude était de 0,102 milligr., tandis que l'arsenic métallique extrait de l'estomac lui-même, des fèces et du cœcum, s'élevait à 0,1848 dix-milligr. équivalents à 0,2435 dix-milligr. d'acide arsénieux.

7° Que la présence de l'arsenic n'a pu être démontrée ni dans les eaux provenant du lavage du cœcum, ni dans celles du duodénum.

8° Enfin, que des portions du foie et des poumons, ainsi que le cœur, la vessie et l'un des reins avec son urétère, ont bien donné à reconnaître quelques traces d'arsenic, mais que les preuves en ont été trop fugaces pour en pouvoir rien conclure.

B. En ce qui concerne les autres matières soumises à leur examen, les experts ont conclu :

9° Que les matières vomies sur l'herbe qui a été recueillie dans un vase contenaient de l'acide arsénieux.

10° Que les fèces recueillies dans la chemise de la victime étaient également arsénifères.

11° Que des excréments contenus dans un pot de terre, ainsi que d'autres matières vomies sur un gazon, ne renfermaient point de traces du poison.

A l'appui de ces déclarations les chimistes produisirent devant les juges des tablettes de porcelaine présentant les taches d'arsenic, ainsi que les anneaux métalliques obtenus dans leurs différents essais; ils y joignirent l'acide arsénieux recueilli en substance et les appareils de Marsh, renfermant l'un des résidus du cœur, l'autre l'intestin grêle et le gros intestin.

Dans une seconde expertise, MM. Bruinsma et Bloembergen eurent à examiner de nouveaux corps de délit, qui consistaient: 1° en une brebis blanche; 2° en un paquet renfermant une poudre blanche trouvée dans un poivrier, ainsi qu'une autre matière pulvérulente semblable à de la farine; 3° en un sac de femme contenant différents petits objets, des miettes de pain et de la poussière, enfin, 4° en une clef entre les dents de laquelle se trouvaient retenues également quelques miettes. Ces objets étaient transmis par la justice à l'effet de déterminer s'il existait dans ou sur les corps de délit précités des traces d'arsenic, et dans le cas où l'une des poudres contenues dans le paquet n° 2 serait reconnue être arsénicale, d'en déterminer la quantité et la valeur.

Des recherches auxquelles ils se sont livrés dans ce but MM. Bruinsma et Bloembergen, ont conclu :

A. Pour ce qui concerne la brebis, que la toison de l'animal contenait une combinaison arsénicale qu'ils considèrent comme étant de l'acide arsénieux, lequel est assez souvent employé par les gens de la campagne pour détruire la vermine des bestiaux.

B. Que dans le paquet coté n° 2 se trouvait une poudre contenant 0,850 milligr., soit environ 15 grains d'acide arsénieux dont la valeur calculée à raison de 40 centimes la demi-once doit être évaluée à environ 1/2 centime. Quant aux autres poudres qui l'accompagnaient on n'a pu y constater de traces d'arsenic.

C. Que les miettes de pain trouvées dans le sac de femme n'étaient point arsénifères et que la poussière cristalline recueillie dans le même sac était formée en grande partie par du sable et par une matière pulvérulente dans laquelle existaient cependant des traces d'acide arsénieux, enfin que le sac lui-même a été trouvé contenir de l'arsenic, circonstance qui doit être attribuée à l'adhérence entre les mailles de l'étoffe de quelques parcelles d'acide arsénieux.

D. Quant à la clef, les miettes qu'elle retenait ne renfermaient pas de traces d'arsenic.

Comme il n'est pas sans intérêt de faire connaître la marche suivie par les experts dans quelques-unes des recherches qui précèdent, nous avons cru devoir analyser d'une manière détaillée cette partie de leur travail qui peut se résumer par l'exposé suivant : Dans un premier essai relatif à l'examen de la toison de la brebis, essai qui consistait à soumettre aux épreuves de l'appareil de Marsh le liquide provenant du lavage à l'acide chlorhydrique étendu, d'une partie de la laine, les experts n'obtinrent qu'un résultat négatif. Mais soupçonnant que l'acide arsénieux avait pu être employé en mélange avec du savon vert qui devait nécessairement en augmenter la solubilité, ils eurent recours à de nouvelles épreuves. L'animal tout entier fut lavé cette fois à l'eau tiède avec une certaine quantité de potasse caustique. On recueillit ainsi environ trois livres de lessive qui fut évaporée à siccité. Le résidu fut traité par l'acide sulfurique afin de

carboniser les matières animales, puis par l'acide azotique et épuisé par l'eau distillée bouillante. Le liquide filtré fut ensuite introduit dans l'appareil de Marsh, qui donna cette fois d'abondantes macules métalliques reconnaissables par les réactifs ordinaires pour de l'arsenic.

Quant à l'examen du sac en étoffe de coton, voici quelle a été la marche suivie par les experts : un morceau de l'étoffe sur la face interne duquel se voyaient encore quelques parcelles brillantes qu'il n'eût guère été possible de rassembler, fut traité d'abord par de l'acide azotique concentré, puis carbonisé, après évaporation du liquide, au moyen de l'acide sulfurique.

Le résidu fut traité par l'eau distillée et la liqueur filtrée, introduite dans l'appareil de Marsh, donna à reconnaître la présence de l'arsenic. Un autre lambeau de l'étoffe fut soumis à l'ébullition avec une lessive de potasse caustique. La liqueur décantée et évaporée fut traitée à chaud par l'acide sulfurique, puis soumise à l'ébullition avec l'eau distillée. Elle fut également trouvée arsénifère.

Les mêmes chimistes eurent enfin à examiner dans une troisième expertise : 1° le foie; 2° les poumons et le cœur; 3° la rate; 4° *a* un morceau du tissu musculaire, et *b* la moelle épinière provenant du cadavre de X.

Leurs essais, qui furent exécutés de la même manière que les précédents, les conduisirent dans ces nouvelles épreuves à reconnaître :

1° La présence d'un composé arsénical dans le foie;

2° L'existence du même composé dans les poumons et dans le cœur;

3° Que la quantité d'arsenic métallique obtenue des nos 1 et 2 était approximativement de 0,183 milligr., répondant à 0,241 milligr. d'acide arsénieux, soit 5 7/10 grains;

4° La présence plus que probable d'une combinaison arsénicale dans la rate;

5° Que le tissu musculaire a également donné des traces d'arsenic;

6° Enfin, l'absence de ce toxique dans la moelle.

Tel est, Messieurs, l'exposé succinct de la brochure de MM. Bruinsma et Bloembergen. Les recherches qui en font l'objet, n'ont certes pas la prétention d'offrir rien de bien nouveau, mais le soin et la perspicacité avec lesquels les opérations ont été conduites, les modifications ingénieuses qui ont été introduites dans quelques-uns de leurs détails, en font un travail digne d'intérêt pour les toxicologistes et un guide instructif, trop souvent indispensable, pour les pharmaciens qui peuvent être appelés à des analyses juridiques analogues. Nous vous proposons en conséquence, d'adresser des remercîments aux auteurs de cette brochure et de déposer honorablement leur travail dans les archives de la Société.

M. PERKINS. M. Koepl serait peut-être à même de nous fournir des renseignements sur une pratique usitée dans la Haute-Autriche, où il paraît que le peuple fait usage de l'arsenic comme tonique stimulant, à des doses qui vont jusqu'à 1/3 et 1/2 grain.

M. KOEPL. Cette pratique existe surtout en Styrie. L'arsenic y porte le nom populaire de *hüttenrauch*, fumée de chaumière, parce qu'on le recueille dans les cheminées des usines. Les colporteurs le débitent sans contrôle, et les paysans en font un usage extraordinaire; ils avalent des morceaux d'arsenic métallique qui atteignent le volume d'une noisette. Il est employé principalement par les individus chétifs, maigres, par ceux qui doivent beaucoup marcher, par les chasseurs qui doivent courir dans les montagnes. Il donne de l'embonpoint, fait supporter les fatigues, rend la respiration plus facile; en un mot, sous son influence, la santé est plus robuste et meilleure. Ici même du reste, on en donne aux chevaux pour les engraisser et les empêcher d'être poussifs; les marchands de chevaux connaissent cela parfaitement et ils en font usage. Le docteur Tschudi a fait sur ce sujet un rapport curieux qui a été publié dans un journal de Vienne, et que je communiquerai à la Société.

M. PERKINS. Il paraît même que de jeunes personnes en font usage par coquetterie.

M. KOEPL. Oui, je ne l'ai pas vu moi-même, mais des hommes dignes de foi m'ont assuré avoir vu des paysans avaler des morceaux d'arsenic du volume d'une noisette. De jeunes filles qui veulent plaire en font usage, pour se donner de l'embonpoint et de belles couleurs.

M. CROCQ. Est-ce de l'arsenic métallique qu'ils font usage?

M. VAN DEN CORPUT. Il paraît que c'est du cobalt arsénical, vulgairement appelé poudre aux mouches. Du reste, d'après ce que j'ai entendu dire, ces personnes qui en effet acquièrent d'abord un teint fleuri et un embonpoint factice, finiraient par périr de marasme et d'épuisement.

La Société adopte les conclusions du rapport, et sur la proposition de M. Leroy, elle décide l'impression de celui-ci.

M. Joly lit le rapport suivant sur le *tableau des maladies mentales* de M. Parigot :

Messieurs,

Notre honorable confrère, M. le docteur Parigot, médecin et inspecteur de la colonie des aliénés à Gheel, vous a fait parvenir un tableau synoptique et analytique des maladies mentales à l'usage des jurisconsultes et des médecins. Conçu d'abord pour les facilités de l'auteur relativement au classement des aliénés de la colonie, il l'a fait publier dans l'espoir que les magistrats et les médecins y trouveraient beaucoup de facilité pour apprécier et classer les diverses nuances de l'aliénation mentale, et, en outre, dans l'idée de leur abréger les recherches dans les ouvrages qui traitent de ce genre d'affections.

L'auteur présente d'abord un premier tableau des fonctions sensitives et morales, des facultés et des instincts chez *l'homme sain,* et en déduit ensuite les divers phénomènes, les résultats, les modes d'expression et les propriétés de la conscience. C'est le tableau des facultés de l'homme *sain d'esprit,* qui va servir de comparaison aux phénomènes de l'état maladif de l'intelligence.

Les lésions principales de l'intellect sont ensuite classées comme suit : 1° Lésions de la réceptivité sensitive (les sens); 2° lésions de la réceptivité morale (le cœur, les sentiments); 3° lésions de l'activité intellectuelle (l'esprit, l'entendement); 4° lésions de l'activité volontaire réceptive (la volonté, le pouvoir de contrôler les actes); 5° lésions des instincts envisagés sous les rapports de *a,* leur exaltation, *b,* leur affaiblissement et abolition, *c,* de leur perversion ou dépravation; 6° lésions de la motilité volontaire et organique en rapport avec la folie; 7° lésions organiques et fonctionnelles.

Après chacun de ces ordres de lésions, l'auteur mentionne, dans des colonnes successives, les phénomènes caractéristiques, les symptômes généraux, les noms des maladies dans lesquelles on remarque la plupart de ces symptômes et les causes générales des lésions, soit physiques, morales ou physiologiques.

Pour l'intelligence de son œuvre et la clef des recherches à faire dans ces tableaux, l'auteur nous dit dans ses observations finales qu'il n'a pas voulu décrire successivement les maladies mentales, comme le font la plupart des pathologistes spéciaux, mais bien d'exposer les grandes modifications de l'esprit humain dans ses lésions générales, de sorte que, par l'analyse d'un symptôme, l'on puisse facilement arriver à la connaissance de l'entité spéciale qu'il s'agit de reconnaître, et parvenir ainsi à lui appliquer son nom propre. Ensuite, indiquer la distinction entre la folie et la raison, afin de permettre aux jurisconsultes et aux médecins d'apprécier et de fixer leur opinion chaque fois que la justice aura à prononcer sur la valeur ou la liberté des actions d'un individu.

Nous croyons, Messieurs, que notre collègue a rendu un véritable service à tous ceux qui, par état ou par circonstance, sont appelés à discerner l'état mental d'une ou de plusieurs personnes. A l'aide de ces tableaux on peut aisément, par l'analyse, trouver le genre de maladie d'après la nature des symptômes dominants, ce qui doit singulièrement abréger les recherches que l'on est souvent dans le cas de faire dans les traités de l'aliénation mentale, où, comme dans d'autres branches des connaissances humaines, les diverses classifications embarrassent bien souvent celui qui est obligé de rechercher un fait spécial.

En conséquence, nous estimons que notre collègue a publié une œuvre méritoire et intéressante, et nous vous proposons de lui décerner le titre de membre correspondant de notre Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Parigot est proclamé membre correspondant de la Société.

La séance est levée à huit heures.

Séance du 3 avril.

Président : M. Dieudonné.
Secrétaire : M. Crocq.

Sont présents : MM. Daumerie, Koepl, Joly, Rieken, Henriette, Crocq, Dieudonné, Leroy, Pigeolet, Van den Corput et Delstanche.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le docteur Louis Saurel, de Montpellier, rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique du Midi,* demande le titre de membre correspondant; il envoie à l'appui de sa candidature plusieurs ouvrages imprimés et un travail manuscrit intitulé : *Oblitération complète par adhésion des parois du vagin chez une femme âgée.* — *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus; guérison sans l'emploi d'aucun appareil.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Crocq, Henriette et Bougard, rapporteur.

M. le docteur Schlossberger envoie un mémoire imprimé intitulé : *Das Gift verdorbener Würste,* etc. Renvoyé à l'examen de MM. Rieken et Van den Corput.

Divers travaux imprimés de MM. Heyfelder, père et fils, et Wiener, sont renvoyés à l'examen de M. Koepl.

Ouvrages présentés :

1. Crato von Kraftheims Leben und ärztlichen Wirken, von Dr A. W. E. Th. Henschel. In-4°.

2. Historisch verslag over de geneeskundige School te Rotterdam, door G. Ph. F. Groshans. Rotterdam, 1853. In-8°.

3. Ueber falsche Wege, Beitrag zur Pathologie der Harnwerkzeuge, von Dr Oscar Heyfelder. Breslau, 1854. In-4°.

4. Traité théorique et pratique de médecine oculaire, par P. J. Vallez. Brux., 1853, 1 vol. in-8°.

5. Chirurgie navale ou études cliniques sur les maladies chirurgicales que l'on observe le plus communément à bord des bâtiments de guerre, par L. J. Saurel. Paris et Montpellier, 1853, 1 vol. in-8°.

6. Essai d'une climatologie médicale de Monte-Video et de la République orientale de l'Uruguay, par L. J. Saurel. Montpellier, 1851. In-8°.

7. Exposé historique et critique de la vaccination syphilitique et de la syphilisation, par L. J. Saurel. Montpellier, 1852. In-8°.

8. Observations sur le priapisme et l'impuissance, par L. J. Saurel. Montpellier, 1851. In-8°.

9. De la rigidité du col de l'utérus dans les cas d'éclampsie, avant ou pendant l'accouchement, et du traitement qui leur convient, par L. J. Saurel. Paris, 1852. In-8°.

10. Recherches d'hydrographie médicale, par L. J. Saurel. Montpellier, 1851. In-8°.

11. Bericht über die auf Prof. Hebra's Klinik und Abtheilung für Hautkranke während des jahres 1852 beobachteten Fälle, von Gustav Wertheim. In-8°.

12. Ueber den Gang der Pulsfrequenz und der Exsudations-Intensität während des Vaccineprocessus, von Gust. Wertheim. In-8°.

13. Das Gift verdorbener Würste mit Berucksichtigung seiner Analogen in anderen thierisschen Nahrungsmitteln, von prof. Schlossberger. Br. in-8°.

14. Du traitement des fistules à l'anus par les injections iodées, par A.-A. Boinet. Paris, 1854. In-8°.

15. De l'intermittence composée, 2e mémoire pour servir à la localisation des fièvres intermittentes, par Amand Beaupoil. In-8°.

16 à 48. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

M. Crocq lit le rapport suivant sur l'ouvrage de M. Hahn, d'Aix-la-Chapelle, *Sur la méningite tuberculeuse* :

MESSIEURS,

L'ouvrage dont j'ai à vous rendre compte a été couronné en 1851 par la Société de médecine de Bordeaux : c'est déjà vous dire qu'il est digne de fixer l'attention des praticiens. M. Hahn ne s'est, du reste, pas borné à tracer l'histoire de la méningite tuberculeuse d'après ceux qui l'ont précédé ; il l'a fait de manière à y apporter des lumières nouvelles, et même à modifier le pronostic si fâcheux de cette terrible affection.

Voici comment lui-même expose dans son introduction la forme et la division de son livre :

« Nous diviserons notre travail en six » chapitres. Le premier sera consacré à » des recherches d'anatomie pathologique, » par lesquelles nous ferons connaître les » analogies et les différences qui existent, » sous le rapport anatomique, entre la » méningite tuberculeuse et la méningite franche, et qui nous permettront » aussi de classer au point de vue clinique les diverses formes de la méningite tuberculeuse en trois catégories, » distinguées entre elles non-seulement » par des différences de symptômes, mais » aussi par des différences anatomiques, » et, en dernier lieu, par des différences » de traitement. Le second sera consacré » à la symptomatologie, et le troisième au » diagnostic. Celui-ci servira non-seulement à faire distinguer la méningite » tuberculeuse de toute autre maladie qui » pourrait lui ressembler, mais encore à » différencier les trois catégories dans lesquelles nous classons les cas de méningite tuberculeuse selon leurs divers degrés de curabilité. Le quatrième sera » consacré au pronostic, dont la connaissance a, sous plus d'un rapport, un » haut degré pour le praticien. Dans le » cinquième nous nous occuperons de l'étiologie. Nous entrerons ici dans tous les » détails que comporte cette matière si » importante au point de vue clinique, et » nous traiterons *in extenso* la question de » préservation. Dans le sixième chapitre, » enfin, nous examinerons les agents thérapeutiques propres à combattre la méningite tuberculeuse, et nous tracerons » les règles du traitement.

» Nous comptions donc livrer par ce travail une monographie complète de la » méningite tuberculeuse, avec cette particularité cependant que nous envisagerons toutes les questions au point de » vue clinique. D'après ce plan, nous

» n'auront dans les quatre premiers chapitres d'autre but que de poser le fondement, et en quelque sorte le piédestal » d'une œuvre essentiellement thérapeutique, qui trouvera tout son développement dans les deux derniers chapitres. » Ceux-ci seront par conséquent traités » d'après des dimensions beaucoup plus » larges que les premiers.

» Depuis les premières années de notre » pratique médicale, c'est-à-dire depuis » près de trente ans, nous avons voué au » traitement de la méningite tuberculeuse » une attention particulière; nous avons » essayé, dans un grand nombre de cas, les » divers moyens thérapeutiques en usage, » et nous en avons analysé la valeur pharmacodynamique; enfin, nous nous sommes formé une méthode de traitement » particulière, par laquelle nous avons obtenu des succès dans des cas vraiment » désespérés : nous osons donc espérer » que notre travail ne sera pas sans quelque utilité au point de vue clinique. »

Toutes ces divisions sont traitées avec soin, avec précision, avec ordre; l'auteur ne se lance pas dans des dissertations inutiles, mais va toujours droit au but. — Au point de vue anatomo-pathologique, il distingue trois catégories de cas : 1° ceux où la formation des tubercules est consécutive à l'inflammation; 2° ceux où elle la précède; 3° ceux où elle se développe dans le cours de la tuberculisation d'autres organes. Ces trois catégories de cas sont représentées dans la symptomatologie par les trois catégories suivantes : 1° cas sans symptômes précurseurs; 2° cas avec symptômes précurseurs annonçant le développement de tubercules cérébraux ou méningés; 3° cas où la méningite est consécutive à une tuberculisation thoracique ou abdominale. Ces trois divisions se représentent partout dans l'ouvrage de M. Hahn, dans le pronostic et le traitement aussi bien que dans la symptomatologie. On voit que M. Hahn suit les tendances de l'école moderne : il part de l'anatomie pathologique, et y jette des bases auxquelles il rapporte tout ce qu'il observe pendant la vie. Il expose successivement les symptômes de ces trois catégories de cas; puis il passe au diagnostic. Il indique les caractères qui la distinguent de la méningite aiguë franche, de l'hydrocéphalie aiguë, de l'affection gastrique vermineuse, et de l'hydrocéphaloïde de Marshall Hall (anémie du cerveau).

Le pronostic est établi de la manière la plus remarquable : M. Hahn part de considérations physiologiques incontestables; et guidé par elles, il arrive à cette conclusion formulée, qu'il n'est nécessairement mortel que dans les cas de la troisième catégorie : dans les deux autres, et surtout dans la première, le praticien peut aspirer, par un traitement convenable, à sauver la vie des petits malades.

L'étiologie est basée sur cette considération fondamentale, que, la méningite tuberculeuse étant une maladie complexe, elle doit résulter de la coexistence de deux prédispositions : la prédisposition tuberculeuse, et la prédisposition à l'inflammation méningée. C'est en partant de ce point de vue rationnel qu'il établit l'action des diverses causes prédisposantes, et les moyens prophylactiques propres à les combattre. Il énumère ensuite les causes occasionnelles, parmi lesquelles nous remarquons les narcotiques, dont nous avons plusieurs fois pu constater les fâcheux effets, et dont beaucoup de praticiens font un usage trop étendu.

La thérapeutique se compose de trois parties. La première comprend l'énumération et l'appréciation critique des diverses méthodes de traitement recommandées par les auteurs. Dans la seconde, M. Hahn expose sa méthode à lui. Cette méthode résulte de l'emploi raisonné, appropriés aux différents cas et aux diverses périodes de la maladie, des moyens dont l'efficacité a été constatée. L'auteur indique avec soin quand et comment on doit employer les émissions sanguines, le froid, les vésicatoires, la pommade stibiée, les mercuriaux, les iodiques, etc. Nous ne pouvons qu'appeler l'attention des praticiens sur cette partie du travail de notre savant confrère; nous ne pourrions la résumer sans la tronquer. Elle mérite d'autant plus d'être lue, que M. Hahn a obtenu de nombreuses guérisons dans des cas désespérés, dans lesquels le diagnostic était positivement établi. Les douze observations qui occupent la troisième partie de la thérapeutique en sont une preuve suffisante; tous les caractères y sont : prédisposition héréditaire, prodromes et symptômes pathognomoniques; et pourtant la guérison a été obtenue.

Comme vous le voyez, Messieurs, l'ouvrage de M. Hahn offre un intérêt réel pour les praticiens : ce n'est pas une simple compilation, c'est un travail original, où, partant de l'anatomie pathologique, l'auteur arrive à des conclusions dignes d'attention. Ces conclusions tendent à modifier le pronostic de ces affections regardées jusqu'à présent comme incurables.

En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer : 1° de voter des remercîments à M. Hahn; et 2° de le nom-

mer membre correspondant de la Société.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées, et M. Hahn est proclamé membre correspondant. La Société décide l'impression du rapport.

M. KOEPL donne lecture d'un travail sur l'arsénicophagie ou toxicophagie (Voir plus haut, p. 403).

Il propose ensuite qu'on mette à l'ordre du jour de chaque séance certains objets, certains points de médecine ou de chirurgie à discuter.

M. DIEUDONNÉ exprime aussi le désir que les praticiens des hôpitaux relatent à la Société les cas les plus intéressants qui se présentent dans leurs services.

La Société adopte la proposition de M. Koepl.

La séance est levée à sept heures et demie.

Académie de Médecine de Paris.

Séance du 14 mars 1854.

FUMIGATIONS MERCURIELLES. — M. le docteur Éd. Langlebert présente un nouveau procédé pour faire des fumigations mercurielles.

Ce procédé, qui est le même que celui qu'il a proposé il y a quelque temps pour les fumigations iodées, consiste dans l'emploi de ces petits trochisques ou clous fumants, connus sous le nom de *pastilles du sérail* et composés de charbon, d'azotate de potasse et de benjoin réduits en pâte, puis coulés dans des moules de forme conique. Allumés par leur sommet, ces trochisques continuent à brûler lentement jusqu'à leur base en dégageant les matières volatiles qu'ils contiennent.

M. Éd. Langlebert ajoute à des trochisques ainsi composés, soit du *proto-iodure de mercure* à la dose de 10 à 20 centigr. par trochisque, soit du *cinabre* à la dose de 2 grammes.

Les trochisques à l'iodure de mercure dégagent ce médicament sans altération. Ils peuvent être utilement employés contre les affections secondaires de la gorge et du larynx.

Les trochisques au cinabre donnent en brûlant un mercure métallique en vapeur et de l'acide sulfureux. Avec ces trochisques, les malades pourront faire chez eux, et d'une manière plus commode, les fumigations qu'ils étaient obligés d'aller prendre dans les établissements publics. Il leur suffira, étant nus et assis, d'en allumer un ou deux entre leurs jambes et de s'envelopper d'une couverture de laine. La combustibilité de chaque trochisque est calculée de manière que la fumigation dure environ vingt minutes.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS LA VESSIE. — M. Le Roy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un nouveau cas d'extraction sans incision, par les voies naturelles, d'un corps étranger introduit dans la vessie. C'est une épingle à cheveux double que j'ai retirée il y a huit jours de la vessie d'une demoiselle de dix-huit ans. Elle m'avait été envoyée par un habile chirurgien, professeur d'une école secondaire de médecine dont je ne publierai pas le nom par discrétion ; je l'ai fait connaître à M. le secrétaire perpétuel. Le corps étranger séjournait déjà depuis six semaines, car la jeune personne, honteuse de sa mésaventure, n'en a fait l'aveu que lorsqu'elle eut perdu l'espoir de le voir sortir spontanément. Le chirurgien qui fut appelé se contenta de reconnaître la présence de l'épingle ; il ne voulut faire aucune tentative d'extraction, et il donna à la famille le conseil de conduire à Paris la jeune demoiselle, qu'il me recommanda par une lettre.

» Le lendemain de son arrivée, le 5 mars dernier, je procédai à l'opération, et moins de deux minutes après l'introduction de l'instrument, l'épingle était extraite tout entière.

» Le procédé dont je me suis servi est celui de la plicature en double, procédé auquel M. Ségalas, M. Courty (de Montpellier) et moi avons apporté notre contingent d'idées et d'inventions. La pince de M. Ségalas, modification de celle de Halles, de Hunter et de Desault, suffit pour les bougies fines, mais elle est impuissante à courber des tiges métalliques. Mon instrument en forme de brise-pierre à branche mobile dépassante, a rendu facile, pour ces sortes de corps, l'extraction sans incision. Enfin, M. Courty, en substituant un tube à la branche femelle, a rendu plus facile la sortie de ces tiges ployées en double, particulièrement de celles qui, comme les épingles doubles pour tenir les cheveux, sont déjà coudées. Aussi, dans l'opération que je viens de pratiquer, me suis-je servi d'un instrument à tube comme celui de M. Courty, que j'ai modifié à mon tour.

» Je crois utile de présenter quelques considérations au sujet des épingles doubles, l'un des corps étrangers que les aberrations érotiques font tomber le plus souvent dans les vessies. Celle-ci est la troisième que j'ai eu l'occasion d'extraire.

la manière de les saisir la plus favorable serait de les accrocher par l'anse que forme le coude; mais il ne faut pas compter sur cet heureux hasard; le plus ordinairement l'épingle est accrochée par une de ses branches, qui se ploie et passe en double. Mais dans ce mouvement, l'autre branche glisse et s'avance en dehors du tube; la pointe tendrait à percer le col de la vessie si le chirurgien n'avait pas la précaution de pousser l'instrument en avant et de l'appuyer contre le sommet de l'organe à mesure que la plicature de la tige s'opère. Les chirurgiens qui auront à faire l'extraction d'épingles doubles devront étudier auparavant ce mouvement pour s'en rendre compte et apprécier l'utilité de la manœuvre que je conseille; son observation doit mettre à l'abri des accidents. Ils ont été nuls pour la demoiselle dont il est ici question. Elle a pu sortir le jour même; le lendemain elle a fait dans Paris de longues promenades, et quatre jours après elle est retournée dans le pays qu'elle habite.

Ulcération et oblitération des conduits galactophores. — M. Bouchut lit un mémoire sur l'ulcération et l'oblitération des conduits lactifères dans ses rapports avec la pathologie du sein et l'hygiène des nouveau-nés. L'auteur résume ce mémoire en ces termes :

L'orifice des conduits galactophores peut être chez les nourrices le siége d'une inflammation et d'une ulcération profondes. Cette ulcération occupe un plus ou moins grand nombre de conduits. Elle réunit plusieurs orifices en un seul, et fait couler le lait dans la bouche des nouveau-nés par de larges ouvertures.

Cette ulcération, placée au sommet du mamelon, est peu douloureuse.

Le symptôme constant de l'ulcération des conduits galactophores, c'est l'induration et la rétraction du bout du sein.

L'ulcération et l'oblitération des conduits galactophores produisent avec le temps l'atrophie de la mamelle.

L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores guérit par l'usage des bouts de sein artificiels, les soins de propreté et les médicaments topiques conseillés pour les ulcères, les fissures et les crevasses de la base du mamelon.

L'ulcération rebelle ne guérit que par le repos absolu de la glande mammaire affectée; elle entraîne toujours l'oblitération des conduits dont l'orifice a été malade.

L'oblitération des conduits galactophores est incurable.

L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores de chaque côté a une grande importance au point de vue de l'hygiène des nouveau-nés.

Cette maladie occasionne l'afflux trop considérable du lait dans la bouche des enfants, ne leur permet pas de respirer, détermine le passage du lait dans les voies aériennes et consécutivement des accès de suffocation; c'est à ce point qu'elle nécessite le changement immédiat de nourrice. (Commissaires : MM. Cazeaux et Depaul.)

Des invaginations chez les enfants. — M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dechaud ayant pour titre : *Des invaginations chez les enfants.*

L'auteur, à propos d'une observation dont un de ses enfants a été le sujet, présente quelques considérations générales sur les invaginations intestinales chez les enfants. Il les rattache aux convulsions internes, dont elles constituent, suivant lui, une preuve irréfutable. Il est possible, en effet, dit M. le rapporteur, que l'on trouve souvent des invaginations intestinales à la suite de ces états morbides que des praticiens appellent *convulsions internes;* car ils résultent de causes graves, profondes et généralisées, qui laissent après elles des traces nombreuses et très-diverses; mais ces causes agissent ordinairement d'une manière primitive sur l'encéphale ou sur ses enveloppes et sur l'appareil nerveux en général, conditions qui diminuent singulièrement l'importance des invaginations, qui dès lors, n'étant que des affections secondaires, ne présentent point les indications les plus pressantes et ne réclament que les premiers soins.

M. Dechaud prétend que le pronostic des invaginations est grave; cela est très-vrai, dit M. le rapporteur, pour un grand nombre de cas dont il n'a pas parlé; mais il n'en est pas de même pour celles qui sont l'objet de sa dissertation.

Quant au traitement des invaginations intestinales, l'auteur propose comme modèle celui qu'il a mis en pratique et qu'il croit également propre à combattre les convulsions (calomel, lavement camphré et musqué, vésicatoires, etc.). M. le rapporteur est d'avis que, par trop d'empressement à formuler et à conclure, M. Dechaud, bien que fort instruit et plein de zèle, est loin d'avoir donné à son travail toute la maturité et dès lors toute la valeur dont le sujet était susceptible.

Il propose pour conclusion de déposer le mémoire de M. Dechaud aux archives et de lui adresser des remercîments. (Adopté.)

Uréthrotomie. — M. le docteur Hammer, à Saint-Louis (Missouri, États-Unis), pré-

sente un nouvel uréthrotome de son invention.

Cet instrument, dit l'auteur, réunit les avantages suivants : la gaîne qui renferme la lame est indépendante de cette dernière, et sert à fixer le canal pendant que l'on pratique l'incision ; la lame peut se retirer de la gaîne sans pour cela que celle-ci soit dérangée du canal, et on a la facilité d'y faire entrer une seconde pièce mousse au moyen de laquelle on dilate les parois du canal.

Toutes ces manœuvres peuvent se faire sans aucun danger pour les parties saines de l'urèthre.

M. Hammer ajoute que cet instrument n'a aucune ressemblance avec celui qu'a présenté M. Maisonneuve. (Commissaire, M. Robert.)

Séance du 21 mars.

Traitement de l'aliénation mentale par les bains prolongés. — M. Ferrus lit un rapport sur un mémoire de M. Pinel (neveu) relatif au traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête.

M. Pinel fait de l'emploi des bains et des irrigations la base fondamentale de la thérapeutique de l'aliénation mentale ; mais il ne borne pas la durée des bains à quelques heures, comme la plupart de ses devanciers, il les continue dans certains cas pendant plusieurs jours.

Quant aux irrigations, M. Pinel joint aux procédés d'applications déjà connus quelques pratiques accessoires destinées à en rendre l'administration plus commode, plus sûre et plus complète, telles, entre autres, qu'un bonnet imperméable qui permet d'arroser la tête sans que la face et le cou soient mouillés. La température de l'eau du bain ne doit, suivant lui, qu'exceptionnellement excéder 35° centigr., ou rester inférieure à 30°. Il emploie les affusions et les irrigations avec de l'eau à 20, à 15, à 10° et au-dessous, qu'on refroidit à volonté, mais d'une manière lente et progressive, afin d'épargner au malade une sensation trop pénible.

Sur 157 malades atteints, 57 de délire maniaque, 38 de lypémanie, 20 de délire sans mélancolie, 21 de délire suicide, 16 de delirium tremens et 5 d'érotomanie, 125 auraient été guéris par l'usage des bains prolongés ; 25 rechutes seraient survenues, dont plusieurs auraient cédé à la reproduction du traitement.

Quant aux 32 cas rebelles, 16 offraient, par la période d'âge, une condition défavorable à la guérison ; 21 sur ces 32 auraient éprouvé d'ailleurs une certaine amélioration.

Dans des essais ultérieurs, sur 18 aliénés à l'état aigu l'emploi du même procédé aurait amené 11 rétablissements et 4 améliorations manifestes. Quant aux trois malades restants, l'un d'eux aurait succombé, un autre aurait été transféré dans un asile départemental, et le troisième aurait quitté prématurément la maison de santé de M. Pinel. Il aurait obtenu ainsi, comme moyenne d'ensemble, 1 guérison sur 1 aliéné 25, résultat qui, comparé avec ceux que fournissent les diverses statistiques connues, donne un avantage considérable au mode de traitement par les bains prolongés sur les autres modes de traitement.

M. le rapporteur fait remarquer à ce sujet qu'il serait peu rationnel d'accorder comparativement une signification précise à des statistiques qui ont des bases diverses, les unes n'étant calculées que d'après le chiffre intégral de la population, d'autres ne tenant compte que des maladies de date plus ou moins récente et laissant de côté les cas présumés incurables ; l'accord n'existant pas d'ailleurs entre les aliénistes sur diverses formes d'aliénation mentale, notamment la manie ; enfin les aliénistes faisant de l'aliénation une classification variable et lui appliquant des dénominations différentes, etc.

Aussi M. le rapporteur a-t-il cru devoir se maintenir sur ce sujet douteux dans une prudente réserve. Quoi qu'il en soit, ajoute-t-il, du vague des faits généraux et d'une circonspection qui sera nécessaire tant qu'on n'agira pas d'après une méthode uniforme et sur des éléments identiques, on ne saurait, en ce qui touche le travail de M. Pinel, méconnaître ce que ces données ont dans leur ensemble de favorable.

Il propose en conséquence d'adresser à M. Pinel une lettre de remercîments et de renvoyer au comité de publication son volumineux mémoire, tout en engageant l'auteur à le soumettre préalablement à un rigoureux travail de condensation.

M. Baillarger. J'ai écouté avec attention le rapport que vient de lire notre savant collègue M. Ferrus, et je regrette de n'avoir rien entendu qui se rapportât aux indications spéciales des bains dans les différents genres de folie. Parler d'une manière générale de l'emploi des bains dans la folie, et citer des chiffres constatant la guérison d'un certain nombre de mélancoliques, de monomaniaques, de maniaques, ne me paraît pas, je l'avoue, tout à fait suffisant.

On peut discuter pour savoir si ce qu'on désigne sous le nom de folie comprend ou non plusieurs maladies distinctes; mais tout le monde est d'accord sur ce fait, que ces diverses formes offrent des caractères très-différents ou même opposés. De là aussi, pour le traitement, des indications différentes et même opposées. Les bains simples n'ont pas le privilége de convenir également dans toutes les formes de la folie; et pour le prouver, il suffira de passer rapidement en revue les principaux caractères de la monomanie, de la mélancolie et de la manie.

Le monomane, on le sait, a cela de particulier que souvent rien dans sa tenue, dans son langage ne décèle le délire. Les idées sont coordonnées, l'intelligence nette, la mémoire précise. On n'observe ni l'excitation, ni la loquacité, ni l'activité désordonnée de la manie, ni l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception qui forment les principaux symptômes de la mélancolie. C'est une sorte d'état d'équilibre des facultés qui éloigne, au premier abord, toute idée de maladie, mais qui est compatible, ainsi que le prouve l'expérience de chaque jour, avec l'existence des conceptions délirantes les plus absurdes. La santé générale est d'ailleurs, dans certains cas, aussi bonne que possible.

Les bains, je le demande, constituent-ils ici le principal moyen de traitement? Une fois la maladie dégagée des symptômes aigus observés souvent au moment de l'invasion, qui pourrait espérer la guérir avec des bains? Quand la persistance des idées fixes et des hallucinations est liée, ce qui n'est pas rare, à un état général d'anémie, ne voit-on pas que l'administration des bains simples souvent répétés peut être nuisible?

Je viens de rappeler les principaux symptômes de la mélancolie : l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception, l'embarras des idées, et le plus souvent un délire partiel de nature triste. Ici le désordre n'est pas borné, comme dans la monomanie, aux seules lésions de l'intelligence, mais il s'étend à tout l'organisme; les mouvements sont lents, la voix faible, la circulation languit, les extrémités se refroidissent, les sécrétions diminuent, l'appétit se perd, etc.

Dans cet état, qui semble, suivant l'expression de Guislain, tendre à l'extinction de la vie, les bains simples sont-ils vraiment indiqués?

Je donne souvent, dans ce cas, des bains sulfureux, des bains alcalins, des bains aromatiques, et j'administre en même temps le quinquina, le fer, etc. Mais je me garderais, je l'avoue, de baser la thérapeutique sur l'emploi des bains simples.

Le troisième grand type de la folie est la manie, caractérisée par des symptômes opposés à ceux de la mélancolie. Ici tout décèle l'activité et la puissance. Les bains simples prolongés se trouvent en effet au premier rang des moyens thérapeutiques pour combattre la surexcitation générale qui est le caractère principal de la maladie.

C'est dans la manie et dans la période d'invasion des autres formes que les auteurs, et entre autres M. Brierre de Boismont, les ont préconisés.

Il y a donc, comme on le voit, quand il s'agit des bains simples dans la folie, à établir des distinctions importantes.

Les indications sont bien loin d'être toujours les mêmes, et il n'en peut être autrement, puisqu'il s'agit d'états morbides différents ou même opposés.

Quant aux statistiques de guérisons que M. Pinel a citées, et que M. Ferrus a reproduites dans son rapport, je dois faire remarquer qu'on ne saurait leur attacher une grande importance. Dès qu'on prend, comme on le fait dans la plupart de ces documents, les aliénés d'une manière générale, pour dire qu'on en guérit un sur trois, sur quatre, sur cinq, ces résultats n'ont rien de très-exact. On confond ici, sous le nom d'aliénation mentale, des maladies très-distinctes : la folie, la démence, la paralysie générale. Il y a peu d'années même qu'on y mettait encore les idiots.

Pour obtenir des résultats de quelque valeur, il faudrait isoler la folie proprement dite ou même encore séparer la monomanie, la mélancolie et la manie, et comparer le nombre des guérisons obtenues dans chaque catégorie. Il y a déjà sous ce rapport des statistiques assez nombreuses qui offrent les éléments de cette comparaison, et je citerai au premier rang celles qu'a publiées depuis longtemps notre collègue M. Parchappe.

M. Ferrus. J'ai entendu avec le plus grand plaisir ce que vient de dire M. Baillarger, et je n'en ai rien perdu. Si j'avais eu à parler des doctrines de l'aliénation mentale en général, j'aurais eu probablement le bonheur de mentionner quelques-unes des excellentes choses que vient de dire notre collègue. Mais il ne s'agit pas ici de discuter un point de science, et je ne me permettrais pas devant l'Académie de faire une leçon sur les maladies mentales; je me bornerai donc à répondre au reproche que M. Baillarger vient d'adresser à l'auteur du mémoire, ainsi qu'au rapporteur : M. Baillarger nous reproche

de n'avoir pas spécifié les cas auxquels convient le traitement par les bains, de n'avoir pas suffisamment distingué les cas d'aliénation avec excitation générale de ceux qui sont avec dépression; cette distinction n'a nullement été omise dans le travail de M. Pinel : elle y est faite tout du long de son mémoire. Tout le monde d'ailleurs fait cette distinction; il n'y a pas d'élève d'asile d'aliénés qui ne sache cela. Le reproche de M. Baillarger ne me paraît donc pas fondé, et j'insiste de nouveau sur l'utilité de publier le mémoire de M. Pinel, sous la réserve de le réduire à des proportions moins étendues.

M. Baillarger. Je crois devoir faire remarquer que je suis bien loin de proscrire les statistiques d'une manière générale, et que je me suis borné à signaler celles qui reposent sur des éléments évidemment inexacts. Je ne saurais d'ailleurs trop me défendre d'avoir voulu faire une leçon en indiquant d'une manière rapide les caractères des principaux types de la folie. J'ai dû rappeler ces caractères pour démontrer que les indications thérapeutiques sont très-différentes et que les bains simples sont bien loin d'être toujours le moyen principal de traitement.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Études sur le phlegmon diffus. — M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, lit sous ce titre un mémoire dont nous donnons le résumé ci-après.

Dans la première partie de ce travail, l'auteur, analysant les faits épars de la science et particulièrement les 34 observations renfermées dans le mémoire de Duncan, établit que, parmi ces observations, 15 se rapportent à des phlébites, des angioleucites, des phlegmons circonscrits, etc.; que 10 autres ne sont pas à l'abri de toute contestation au point de vue du diagnostic, en ce sens qu'il n'est question ni d'incisions faites pendant la vie ni d'autopsie, et que par conséquent le nombre des cas de phlegmon diffus mentionnés par cet auteur recommandable se trouve singulièrement réduit.

Pour écarter toutes les causes d'erreur qui ont régné et règnent encore au sujet du phlegmon diffus, M. Chassaignac s'est attaché ensuite à séparer très-nettement de cette maladie toutes celles avec lesquelles elle aurait pu être confondue, savoir :

1° Certaines phlegmasies diffuses du tissu cellulaire ;

2° L'érysipèle œdémateux ;

3° L'œdème douloureux ;

4° Le phlegmon par diffusion.

Le moyen diagnostique par excellence qui a servi à l'auteur non-seulement à distinguer le phlegmon diffus de toutes les affections qui présentent quelque rapport avec ce dernier, mais encore à préciser ses diverses formes, a consisté principalement à étudier les détails anatomiques des incisions pratiquées dans un but thérapeutique. Pour cela le chirurgien, muni d'éponges fines largement imbibées d'eau, nettoyait avec soin, après chaque coup de bistouri, la surface de la plaie et observait minutieusement toutes les particularités qui se présentaient à lui.

C'est en agissant ainsi que M. Chassaignac a pu établir avec une rigoureuse précision les variétés de phlegmon diffus dont il a donné la description. Ces variétés se rapportent à quatre chefs qui sont désignés ainsi :

1° Phlegmon diffus par nappe purulente;

2° Phlegmon diffus panniculaire ;

3° Phlegmon diffus sous-aponévrotique;

4° Phlegmon diffus total.

Le phlegmon diffus par nappe purulente a pour caractère essentiel l'occupation du tissu celluleux de glissement qui se trouve à la surface des aponévroses d'enveloppe par une nappe purulente tantôt concrète, tantôt liquide, et remarquable par sa coloration jaune verdâtre. C'est de toutes les variétés la plus fréquente, et la lésion anatomique qui la distingue avait paru d'abord à l'auteur tellement constante qu'il avait cru trouver là le fait fondamental de la maladie.

Le phlegmon diffus panniculaire offre ceci de particulier que la peau, doublée de son pannicule graisseux, porte pour ainsi dire avec elle toute la maladie. Les mailles du tissu cellulo-adipeux sont chargées d'une plus ou moins grande quantité de matière concrète, et cet état pathologique se concilie avec l'intégrité des aponévroses et des couches musculaires sous-jacentes.

Le phlegmon diffus sous-aponévrotique est constitué par l'envahissement purulent concret du tissu celluleux qui se trouve à l'intérieur des gaînes musculaires et au contact de la fibre charnue. Dans ces cas, les muscles sont comme enduits d'une couche purulente blanchâtre, poisseuse, qui se détache difficilement, et qu'on ne réussit à entraîner qu'à l'aide des douches répétées, après des incisions d'une étendue suffisante.

Quant au phlegmon diffus total, c'est celui dans lequel l'occupation purulente est tellement généralisée que la sécrétion concrète s'effectue dans toutes les couches du membre en même temps.

Il résulte des idées émises par l'auteur dans ce travail, que le traitement repose avant tout sur une indication fondamentale, celle des incisions longues, multipliées, pénétrant jusqu'à l'aponévrose, dans tous les cas sans exception, et divisant cette dernière quand on la trouve altérée dans sa couleur. Toutes les autres méthodes de traitement sont considérées par M. Chassaignac comme n'ayant dû leur efficacité qu'à ce qu'elles ont été employées dans des cas qui n'étaient pas de véritables phlegmons diffus.

L'auteur termine en insistant d'une manière toute particulière sur l'emploi consécutif des douches détersives, au moyen desquelles on débarrasse une ou deux fois par jour le champ des incisions des produits qui s'y accumulent, et qui s'opposent à la libre issue de la suppuration. Ces douches ont encore pour avantage d'abréger la marche de la maladie. En effet, suivant qu'on facilite ou qu'on abandonne à la nature l'élimination des produits morbides, on active ou on retarde la succession des périodes du phlegmon diffus. Devancer les événements en pareille circonstance, c'est assurer le succès du traitement.

Dans les cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade.

Nous compléterons cette analyse rapide du travail de M. Chassaignac par l'énoncé des conclusions dans lesquelles l'auteur a résumé ses principales idées sur le phlegmon diffus.

Conclusions. — I. L'étude anatomique des périodes initiales du phlegmon diffus ne peut se faire que dans les conditions suivantes :

Ou bien lorsqu'on fait l'autopsie la lésion étant encore à son début, ou bien au moyen d'incisions faites de très-bonne heure dans un but tout à la fois diagnostique et thérapeutique, et dont on étudie attentivement les coupes en s'aidant du lavage et de l'éponge.

II. Dans le phlegmon diffus, l'aponévrose ne perd pas sa couleur normale tant que le pus est à sa surface externe; mais toutes les fois qu'il s'est formé du pus dans les parties que recouvre l'aponévrose, celle-ci prend une teinte jaune verdâtre. On peut dire que les aponévroses se teignent pathologiquement du dedans au dehors, et non du dehors au dedans.

III. On peut admettre quatre variétés de phlegmon diffus :

1° Le phlegmon diffus par nappe purulente ;

2° Le phlegmon diffus panniculaire ;

3° Le phlegmon diffus sous-aponévrotique ;

4° Le phlegmon diffus total.

Dans la variété panniculaire, le pus réside exclusivement dans les mailles du tissu cellulo-adipeux qui double la peau.

Dans la variété dite par nappe purulente, une formation de pus concret occupe la couche du tissu cellulaire séreux extérieur aux aponévroses.

Le phlegmon diffus sous-aponévrotique présente le pus exclusivement renfermé dans les gaînes musculaires.

Le phlegmon diffus total consiste dans une infiltration purulente simultanée de toutes les couches du membre.

IV. Dans le diagnostic du phlegmon diffus, il faut s'attacher à bien saisir les caractères qui le distinguent de trois affections avec lesquelles il est susceptible d'être confondu. Ce sont :

1° L'érysipèle œdémateux ;

2° Le phlegmon par diffusion ;

3° L'œdème douloureux.

V. Le phlegmon diffus se différencie du phlegmon par diffusion à l'aide des caractères suivants :

1° Dans le phlegmon diffus, l'invasion purulente est simultanée sur un grand nombre de points ; dans le phlegmon par diffusion, elle est successive.

2° Dans le phlegmon diffus, rien de plus fréquent que le sphacèle du tissu cellulaire ; rien de plus rare dans le phlegmon par diffusion.

3° Dans le phlegmon diffus, on observe souvent l'état concret du pus ; celui-ci est toujours liquide dans le phlegmon par diffusion.

4° Une seule incision suffit souvent pour le traitement du phlegmon par diffusion ; il faut toujours des incisions multiples dans le véritable phlegmon diffus.

5° Le décollement de la peau est habituellement beaucoup plus étendu dans le phlegmon diffus.

VI. Le diagnostic du phlegmon diffus dans sa première période n'est à l'abri de toute contestation que quand on a constaté par l'incision l'état de la couche celluleuse sous-panniculaire.

VII. Lorsqu'à la suite du phlegmon diffus la déperdition d'une portion de peau donne lieu à la formation de cordes inodulaires, il y a du danger à tenter de les allonger lorsqu'elles sont encore de date assez récente.

VIII. Les exemples de guérison de phlegmon diffus sans le secours d'aucune inci-

sion peuvent être considérés comme se rapportant à des cas de pseudo-phlegmon diffus.

IX. Dans le phlegmon diffus, on doit répartir sur toute l'étendue des couches envahies les incisions évacuatives; on doit, de plus, atteindre et dépasser les limites actuelles de l'infiltration purulente. (Incisions limitatives ou préventives.)

X. Toutes les fois que deux incisions sont parallèles, il ne faut jamais les faire à une distance moindre que celle de deux travers de doigt.

XI. Quand le phlegmon est sous-aponévrotique, on ne peut assurer le libre écoulement du pus qu'en pratiquant des débridements latéraux sur les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose.

XII. Dans le cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre des portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade.

Séance du 28 mars.

Mort de M. Roux. — M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Roux, et rend compte de la part qu'ont prise le bureau et une députation de l'Académie à ses obsèques. M. Dubois (d'Amiens) a pris la parole sur la tombe de M. Roux au nom de l'Académie.

Élève des sangsues. — M. Soubeiran lit un supplément de rapport sur l'élève des sangsues au sujet de la réclamation de priorité élevée en faveur de M. Harreaux par les membres de l'Association médicale du département d'Eure-et-Loire, relativement au procédé d'élève des sangsues qui a valu à M. Borne l'approbation de l'Académie.

M. le rapporteur, après avoir longuement exposé les pièces de ce débat, conclut en proposant à l'Académie de déclarer qu'il y a lieu, nonobstant les prétentions de M. Harreaux et des médecins d'Eure-et-Loire, à maintenir les conclusions du rapport adoptées par l'Académie.

La lecture de ce rapport est suivie d'une très-vive et longue discussion à laquelle prennent part MM. Velpeau, Chevallier, Desportes, Gibert, Caventou, Bricheteau, Boullay, Adelon, Bégin, Malgaigne et Soubeiran.

L'objet principal de cette discussion était la question de savoir si l'on publierait ou non le rapport de la commission, dans lequel plusieurs membres ont cru voir des attaques blessantes contre quelques-uns des membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loire, ou si ce rapport ne serait inséré qu'avec des modifications tendant à atténuer les passages où se trouvent ces attaques. Sur la proposition de plusieurs membres, l'Académie a divisé le vote. Par un premier vote, elle a adopté les conclusions du rapport; et par un second, elle a admis l'insertion du rapport au *Bulletin*, mais avec les modifications réclamées.

Paraplégie. — M. Andral présente une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un homme qui est mort dans son service à la Charité. Cet homme avait été pris subitement d'une paraplégie aux suites de laquelle il a succombé. A l'autopsie, on a trouvé un épanchement sanguin considérable dans le canal médullaire.

Hernie inguinale. — M. Jobert (de Lamballe) présente un malade chez lequel il a obtenu la guérison radicale d'une hernie inguinale au moyen d'une ponction du sac suivie d'une injection iodée, qui a déterminé une inflammation adhésive et une oblitération définitive du sac.

Académie des Sciences de Paris.

Séance du 6 mars 1854.

Régénération des nerfs et altérations qui surviennent dans les nerfs paralysés. — M. Schiff adresse un travail sur la régénération des nerfs et sur les altérations qui surviennent dans les nerfs paralysés.

On sait que le bout périphérique d'un nerf coupé se désorganise peu de jours après la section, le contenu des filets primitifs, ou plutôt leur partie médullaire, se désagrége en petites particules graisseuses qui remplissent le tuyau nerveux sous forme de granules noirs qui sont résorbés, de sorte que quelques semaines après la section il n'en reste aucune trace.

On sait aussi qu'un nerf coupé ou réséqué peut se régénérer : il se forme une cicatrice entre les deux bouts, et la fonction du nerf se rétablit.

Autrefois on admettait qu'après la réunion des deux bouts par de la substance nerveuse les anciennes fibres du bout périphérique recouvraient leurs fonctions, mais après avoir étudié la désorganisation de ce bout, M. Waller, par suite d'expériences nouvelles, est arrivé à conclure que les anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice, mais jusque dans les ramifications terminales.

M. Schiff a constaté tous les faits anatomiques sur lesquels M. Waller a fondé sa nouvelle théorie, à l'exception d'un seul:

il n'a jamais pu trouver, quel qu'ait été le degré de l'altération du nerf, les tuyaux membraneux des filets détruits. Toujours il a vu les granules enfermés dans une membrane, excepté aux bouts coupés, où elle était interrompue artificiellement ; mais quelquefois cette membrane était si mince qu'on ne la pouvait voir qu'en éclairant faiblement le champ du microscope.

La théorie de M. Waller lui semble difficilement admissible, et il y a plusieurs faits qui semblent s'opposer à l'opinion qu'un nerf coupé doive toujours se régénérer dans toute l'étendue de sa partie périphérique, et que celle-ci perde entièrement sa nature nerveuse.

M. Schiff, après avoir énuméré les motifs qui lui font rejeter la théorie de M. Waller, examine ensuite successivement ce qui arrive lorsqu'on empêche la régénération et la réunion des deux bouts, et discute la question de savoir jusqu'à quel point il est permis de croire que dans la régénération des nerfs des fibres nouvelles se forment parmi les anciennes, et si par la dégénération paralytique les fibres primitives perdent entièrement leur nature nerveuse. De ces diverses observations, qu'il serait trop long de rapporter ici, l'auteur conclut que les altérations qui surviennent dans un nerf paralysé ne se portent que sur la gaîne médullaire, mais qu'elles laissent intactes les qualités du cylindre primitif, qui sont reconnaissables par le microscope et les réactifs chimiques, et que c'est à la présence de ce cylindre que les nerfs paralysés et altérés doivent la possibilité de rentrer dans leurs fonctions.

Je ne dis pas, ajoute M. Schiff, que le cylindre primitif soit resté sans altération, car le nerf étant plus excitable, il faut bien qu'il soit altéré ; mais cette altération n'est reconnaissable ni au moyen du microscope, ni au moyen des réactifs. (Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Rayer.)

Séance du 20 mars.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE INTIME DU TUBERCULE PULMONAIRE CHEZ L'ADULTE. — M. le docteur Mandl communique sur ce sujet la note suivante :

La substance tuberculeuse constitue une masse amorphe, parsemée de molécules graisseuses, finement granulée, cohérente dans les premiers temps de son existence, diffluente plus tard. Cette substance infiltre les éléments voisins et se solidifie librement dans les interstices. Les fragments, ne présentant ni forme ni grandeur déterminées, sont analogues à ceux de toute autre substance exsudée amorphe. Il n'existe point de globules ou de corpuscules tuberculeux particuliers, il n'existe point d'éléments caractéristiques du tubercule ; cependant cette ressemblance que présentent entre elles toutes les parcelles amorphes n'autorise nullement à croire identiques entre elles ces substances mêmes, moins encore les maladies qui les ont produites.

La substance tuberculeuse, étant une matière amorphe, ne se compose donc pas d'éléments qui pourraient s'accroître et se développer. La multiplication et l'agrandissement des tubercules ne peuvent par conséquent s'expliquer que par juxtaposition, par des exsudations nouvelles qui viennent s'ajouter aux anciennes ; c'est une preuve de plus que les progrès de la maladie se rattachent à une cause incessamment active : c'est elle que l'on doit détruire, si réellement on veut déraciner la tuberculisation.

Le ramollissement du tubercule est dû à la dégénérescence graisseuse, et peut se déclarer avant que l'inflammation existe, c'est-à-dire avant l'apparition de globules du pus et de globules inflammatoires.

Cette métamorphose est un indice certain que la substance tuberculeuse est incapable de s'organiser, incapable de vivre et d'entrer en rapport organique avec les tissus voisins. La dégénérescence graisseuse, en effet, ne se manifeste dans un tissu que lorsque sa nutrition est suspendue, ainsi que le prouvent les observations de transformation graisseuse des muscles, ou de la même métamorphose observée sur la portion périphérique de nerfs coupés, les expériences de R. Wagner, les recherches du docteur J. Guérin, etc.

Par suite de ce ramollissement et de l'inflammation qui s'y joint plus tard, le tubercule, dont l'organisme ne peut s'accommoder, se trouve complétement éliminé ; l'organisme ne s'accommode pas non plus du tubercule, qui a subi la métamorphose crétacée ; car ce qui persiste, c'est la matière inorganique, la substance organique du tubercule ayant disparu.

Si maintenant il est permis de tirer quelques conséquences thérapeutiques de ces faits, on peut dire que le traitement devra se proposer un double but : d'une part, l'attention du médecin doit être fixée sur la cause productrice, c'est elle qui doit être combattue, car elle seule entretient incessamment le travail de tuberculisation ; d'autre part, ces métamorphoses que subit le tubercule par la marche naturelle de la maladie fournissent des indications pour le traitement local.

V. VARIÉTÉS.

De quelques préjugés en prose et en vers contre la médecine; par M. Pierre Bernard. (*Suite.* — *Voir notre cahier d'avril*, p. 386.)

II.

Si l'on voulait considérer les choses en philosophe et n'y mettre aucune complaisance, on trouverait peut-être qu'en dernière analyse et à juger d'après les difficultés et les périls attachés à chaque fonction, l'homme a des yeux pour ne pas voir, des oreilles pour ne pas entendre, des pieds pour ne pas marcher, etc. On trouverait ses arguments et ses preuves dans l'interminable nomenclature des maladies et infirmités humaines, dont la cause, — la cause palpable — n'est le plus souvent que l'usage même de l'organe affecté. Combien de pauvres diables auxquels il suffit de marcher pour souffrir immédiatement de l'extrémité inférieure, destinée de toute antiquité, à reposer sur le sol! *Pedes habent et non ambulabunt.* Un brave garçon, mort, encore jeune, d'une originalité chronique qui l'avait retenu dans la plus profonde misère en cette vallée de lieux communs, avait coutume de dire : En vérité, en vérité, la vie est une chose contre nature! Toujours est-il que la pauvre créature a fort à se démener, à se préserver, à se défendre pour continuer d'exister. De même que, beaucoup d'individus vivent pour manger, au lieu de manger pour vivre, la plupart des hommes seraient tenus de vivre pour se soigner, au lieu de se soigner pour vivre, s'ils ne finissaient pas par y mettre une certaine résignation doublée de confiance dans le hasard. Jamais l'art de la guerre n'eût été le premier des arts, en date et en fait, jamais la profession de guerrier n'eût été de beaucoup la plus noble, si l'homme n'avait pas puisé dans l'hostilité et l'acharnement même de la nature contre lui, l'idée que la destruction est la chose du monde la plus essentielle. Sans rien exagérer, il semble donc, au premier abord, que la vie ait été dispensée contrairement au proverbe : Donner et retenir ne se peut. Ainsi, toutes les contradictions sont possibles et se voient sous le soleil : c'est à faire croire qu'elles sont nécessaires.

— A qui?

— A quoi?

C'est la question. « *Oh! va interroger celui qui m'a faite,* » répond la nature au philosophe, assez indiscret pour lui demander, par l'organe de Voltaire : « Le néant ne vaudrait-il pas mieux que cette multitude d'existences faites pour être continuellement dissoutes, cette foule d'animaux nés et reproduits pour en dévorer d'autres et pour en être dévorés, cette foule d'êtres sensibles formés pour tant de sensations douloureuses, cette foule d'intelligences qui, si rarement, entendent raison? à quoi bon tout cela, nature? »

Comme on le pense bien, Voltaire n'était pas homme à prêter à la nature ce rôle de naïveté, de bonhomie que les simples déclamateurs se plaisent à lui attribuer sans réflexion et par routine. Écoutons.

Le philosophe : Je voudrais savoir comment, étant si brute dans tes montagnes, dans tes déserts, dans tes mers, tu parais pourtant si industrieuse dans tes animaux, dans tes végétaux.

La nature : *Mon pauvre enfant*, veux-tu que je te dise la vérité? C'est qu'on m'a donné un nom qui ne me convient pas; on m'appelle *nature* et je suis tout *art*.

Mon pauvre enfant est sublime, et le reste donne singulièrement à réfléchir. Tout l'article nature, du *Dictionnaire philosophique,* interdit de s'arrêter à l'article malade, médecine du même volume. Là n'est point l'opinion vraie de l'auteur : Là Voltaire veut railler « les belles princesses, qui, n'ayant jamais entendu parler d'anatomie, sont malades pour trop avoir mangé, trop dansé, trop veillé, » disent à leur médecin implicitement : « ne manquez pas de mettre toutes les choses à leur place, et de me faire circuler mes liqueurs de façon à ce que je sois contente. Je vous avertis que je ne veux jamais souffrir. » L'opinion du philosophe se trouve consignée à l'article : médecins. Il faudrait le lire, si notre époque n'était pas éminemment au-dessus de tout ce qu'a pu imaginer sur ce sujet et sur tous les autres *Monsieur de Voltaire.*

Chose assez curieuse! l'auteur du *Mercure galant* avait soulevé, en passant et par simple manière de plaisanterie, une des questions que reprend Voltaire. Il s'agit, en effet, dans le *Mercure galant,* d'un médecin qui n'a pas de chance et qui cause en ces termes avec un journaliste :

ORGAN (le journaliste).

..... Et tant d'hommes guéris doivent parler pour [vous.

DU PONT (le médecin).

Si j'étais plus heureux, ils en parleraient tous,
Il est vrai : mais, Monsieur, quelque soin que je [prenne
Un destin envieux empoisonne ma peine.
Tous ceux que je guéris, la mort les prend.

ORGAN.

Tant pis.

DU PONT.

Ce n'est pas, grâce au ciel, qu'ils ne soient bien [guéris,
Mais lorsqu'en bon état j'ai mis une personne
Je ne puis empêcher que le ciel n'en ordonne ;
Quand il lui plaît qu'on meure, il faut que cela soit.

» M. Du Pont! M. Du Pont! vous sollicitiez une simple réclame, et vous vous lancez à ce propos dans l'effrayant problème de l'ordre éternel et de la liberté individuelle ! Vous n'en sortirez pas.

[1] VOLTAIRE : Nul homme ne peut augmenter ni le nombre de ses cheveux, ni le nombre de ses jours; ni un médecin, ni un ange, ne peuvent ajouter une minute aux minutes que l'ordre éternel des choses nous destine irrévocablement.....

LE MÊME : Il n'en est pas moins vrai qu'un bon médecin peut nous sauver la vie en cent occasions, et nous rendre l'usage de nos membres.

» Comment donc concilier tout cela? Nous allons voir :

VOLTAIRE : Celui qui est destiné à être frappé, dans un certain temps, d'une apoplexie, est destiné aussi à trouver un médecin sage qui le saigne, qui le purge, et qui le fait vivre jusqu'au moment fatal. La destinée nous donne la fièvre et le quinquina.

» Sans doute, l'explication qui précède peut sembler assez complexe. On peut s'étonner de ce mécanisme, de cet engrenage, en quelque sorte de la destinée qui vous réserve une maladie, parce qu'elle vous réserve un médecin, lequel vous réserve un spécifique, lequel vous réserva quelques années de grâce. Mais l'étonnement doit remonter plus haut : il s'adresserait plus justement à la destinée elle-même qu'à l'explication philosophique et raisonnable de la destinée.

Cet engrenage est, après tout, la sociabilité elle-même, qui naît du besoin que nous avons les uns des autres. Sans besoin, partant sans dépendance, l'homme n'est plus sociable : c'est un ange ou un sauvage.

Il n'y a donc pas à repousser la médecine au nom de la fatalité. Au surplus, les hommes qui, dans un danger réel, pressant, repoussent un secours au nom d'un système, sont rares. On peut ne pas les compter.

— Parmi les préjugés relatifs à la médecine, il en est un contre lequel tous les médecins, par leur conduite et quelques-uns par leur conduite et leurs écrits, ont souvent protesté. Nous voulons parler de l'accusation de matérialisme, si éloquemment réfutée déjà par M. le docteur Foissac, entre autres. — Nous conviendrons, toutefois, que le préjugé repose sur quelque chose de vrai et c'est ce vrai qu'il s'agit de préciser et de définir.

Quand on a fait de l'anatomie, que l'on a étudié le profond calcul, l'immense combinaison, le merveilleux agencement nécessaire à la vie et à ses mouvements, il est positif que beaucoup d'étudiants refusent d'admettre que le calcul déjoué, l'immense combinaison, le merveilleux agencement une fois dérangés par la mort, l'idée de vie puisse *survivre* en quelque sorte au cadavre. Cela se comprend.

C'est là du matérialisme, si l'on veut, mais c'est aussi de l'expérience. Oui, la vie et l'*intelligence* sont perverties, abolies enfin par l'altération et la destruction de certains organes. Nous disons l'intelligence, pour deux raisons ; la première, parce que c'est un fait appréciable tous les jours dans les cas de manie, de monomanie, etc., etc.; la seconde, parce qu'il faut bien assigner à l'intelligence sa véritable place, si mal choisi que paraisse en être le moment : le sublime de l'intelligence, c'est de comprendre qu'elle ne sait rien, en définitive ; l'âme est dans le secret de tout.

Aussi, peu à peu l'anatomiste, le physiologiste débutant, reviennent toujours à reconnaître cette division : le corps, — la vie, — l'âme. La vie est le trait-d'union spirituel entre le corps et l'âme.

On comprend bien que, nourri d'études positives, le médecin dédaigne la pure métaphysique et les subtilités destinées à expliquer l'inexplicable et l'infini : Dieu, par exemple. Quand un homme de science et d'observation a dit, pensant à Dieu : Il est! — Tout lui semble expliqué de ce qu'on en explique, scientifiquement du moins.

Il est!

Ces deux mots en disent déjà moins à l'esprit du médecin que celui de Dieu tout seul.

Il est!

Tout ce qu'on veut en dire au delà reste en deçà. Car la parole et l'Écriture sont successives : chaque mot, nouvellement écrit et prononcé, éloigne du premier et rapproche du dernier, s'il n'est le dernier lui-même. Or, Dieu n'a ni commencement ni fin. Toute définition de Dieu détourne donc l'esprit de l'homme de l'idée simple et vraie de Dieu.

Pour *comprendre* Dieu, il faut être plus grand que l'infini, plus éternel que l'éter-

nité. L'intelligence humaine, qui n'est qu'une partie de l'homme, ne *comprend* pas même l'individu.

Le sentiment, cette qualité vague et flottante qui a tout le mystérieux et toute la puissance de l'*harmonie* dans la nature et de la musique dans les expressions humaines, prononce *Dieu*, et s'abîme et meurt dans cet accent-là.

— Comme la religion, la médecine devrait se fonder sur des miracles; par malheur, elle ne s'appuie que sur des cures et cela ne suffit pas à ceux qui, par habitude ou par distraction, ne croient point aux miracles.

Rien ne se comprend mieux que l'impatience de guérir. J'étais bien portant hier, pourquoi ne le serais-je pas demain? Pourquoi cette condition du temps imposée à la guérison lorsque la maladie est spontanée? Toujours l'éternelle question du bien et du mal, en ce monde! Les malheureux médecins sont, le plus souvent, chargés de la résoudre *Tutò, citò et jucunde.*

— Un publiciste obtint, ces jours derniers, un grand succès en faisant imprimer les réflexions suivantes : « On vante beaucoup l'admirable perfection de l'organisation humaine, et quand on a fini de la vanter on ajoute : rien n'est plus facile à déranger que cette perfection. J'imagine un horloger qui exalterait le mécanisme d'un mouvement et qui alléguerait, pour preuve de sa supériorité, que ce mouvement se détraque au plus léger prétexte. »

Malgré les suffrages qu'obtint cette comparaison, nous sommes bien forcés de reconnaître que la fragilité de la machine humaine tient précisément à tout ce qui fait sa supériorité. Cette machine, en effet, marque le chaud, le froid, le sang et la bile, la lymphe et la pituite, le chyme et le chyle, la force et la faiblesse. Elle renferme, en outre, la volonté, cette puissance plus turbulente, plus capricieuse, plus terrible que la vapeur, et qui circule incessamment le long de tubes innombrables. Rien n'est moins simple que la vie si simple à donner pourtant.

Aussi, *du point de vue franchement matérialiste*, l'animal parfait ne saurait être l'homme, mais celui chez lequel la vie s'entretient à moins de frais et s'accommode de plus de règnes. L'animal qui peut vivre de longues années dans le creux d'un arbre, passer son printemps sur la terre, son été dans l'eau, comme le crapaud, est supérieur à l'homme qui grelotte et qui sue alternativement, que trop ou trop peu d'air étouffe, que l'eau asphyxie, etc., etc.

— Si le matérialiste existait, véritablement peu lui importerait que sa fonction s'accomplît d'une façon plus ingénieuse; l'ingénieux doit tendre à simplifier et non à compliquer : le ver, qui n'est qu'un long tube intestinal, est un type de digestion; car, au bout du compte, le ver est nourri, parfaitement nourri et il n'a jamais de cancer à l'estomac.

— Nous aimons quiconque a le courage de son opinion. Un anonyme nous a écrit, à propos du premier article sur le même sujet, tout ce qu'il pensait de la médecine et de toute autre chose. Nous demandons à donner un échantillon de cette conviction robuste et carrée : « Oui, Monsieur, Molière a raison; il est ridicule à un homme de vouloir guérir un autre homme; laissez donc faire la mort, qui a le mot et qui s'y entend à merveille. L'idée de guérir est aussi outrecuidante que l'idée de punir de la part des hommes; qu'ils laissent donc faire encore la vengeance céleste : elle sait les heures et survient à coup sûr. Vous emprisonnez, n'est-ce pas? Comptez vos frais de toute nature; les innocents employés à assurer la punition du coupable, et voyez si vous n'êtes pas dupes. Et puis, ce n'est pas tout, comme il n'y a plus ni mérite, ni démérite en dehors de la liberté, le coupable ne peut plus mériter; il ne peut pas plus se réhabiliter que la mort, etc. »

L'incrédulité en médecine peut mener loin, en ce bas monde où toute chose est solidaire.

— On parlait un jour devant un magistrat de l'incertitude de la médecine, de ses erreurs, etc., etc.; le digne homme écoutait sans répondre, et tout le monde finissait par s'étonner d'une absence d'opinion si complète chez un homme que l'âge et l'expérience mettaient si bien à même de donner un jugement. — Interrogé directement : J'ai tout entendu, dit-il, j'ai suivi tous les raisonnements, tous les exemples, et toute mon opinion se résume dans cette exclamation de ma conscience : Mon Dieu, la justice est aussi difficile à rendre aux hommes que la santé!

Les prêtres en diraient autant et plus de l'innocence.

— Dernièrement, à l'occasion des tables tournantes et parlantes, on a cherché à réveiller contre les médecins l'accusation de matérialisme, parce qu'ils ne croyaient pas d'emblée à la présence des démons et des esprits mobiliers. Tout beau, m'écrierai-je à ce sujet, cherchons encore et ne mettons pas si facilement le démon pour moitié dans les affaires. Quand on ne comprend pas, mieux vaut encore don-

ner sa langue aux chiens que son esprit au diable.

Avant de prendre un parti décisif, l'homme raisonnable attendra que la question soit un peu plus nette. Voici, sauf erreur, l'état actuel de la question et les tenants de la question. Commençons par ces derniers. Il y a : 1° Les gens qui ont cru sans voir ; 2° ceux qui ont vu sans croire ; 3° les gens qui ont vu et cru ; 4° ceux qui ne veulent ni voir ni croire.

Il y a une catégorie imposante, celle des hommes qui, après avoir vu, ont cru et qui disent aux autres : croyez-moi, mais il vaut mieux croire que d'y aller voir. « Ou ces phénomènes ne sont pas réels, ou ils le sont ; s'ils ne le sont pas, il est honteux d'y perdre son temps ; s'ils le sont, il est dangereux de les provoquer et de s'en faire un passe-temps (1). »

Enfin, il y a la catégorie éminemment respectable de ceux qui ne refusent ni de voir, ni de croire, mais qui n'ont pas encore assez vu.

Quant à l'état de la question, le voici : Les mécaniciens et les solidistes admettent le phénomène et l'expliquent ainsi : il existe 700 pulsations par minute dans les dix doigts d'un individu. Une pression involontaire, causée par la fatigue, la résultante de toutes ces petites forces qui proviennent et des contractions fibrillaires et des pulsations artérielles, déterminent le mouvement des tables.

Les physiciens et les physiologistes expliquent les mêmes faits par le développement et l'intervention d'un fluide impondérable, inobservé, inconnu jusqu'à présent, et qui serait analogue aux fluides électrique, magnétique et nerveux.

Les psychologistes disent (2) : « Les tables tournantes nous mettent tout simplement en présence d'un phénomène psychologique. La physique de l'âme en est où en était l'électro-magnétisme, quand on ne connaissait que la propriété de l'ambre, celle de l'aimant, de la foudre, et qu'on ne savait pas même rattacher l'un à l'autre. »

« La science est, comme la société, parvenue à une phase critique ; la science sera renouvelée.... Il y a lieu, dans l'art des découvertes, à une révolution comparable à celle qui s'opère dans les voies de communication.... Des faits encore obscurs autorisent à penser que nous ne connaissons pas toute l'étendue de notre puissance en matière de découvertes....

C'est de l'intervention de forces jusqu'ici tenues en réserve, et de la production d'un *état nouveau de l'âme, que datera la rénovation scientifique.* »

Les théologiens disent (3) : « Voilà des faits d'une nature tout à fait étrange qui viennent venger le moyen-âge des accusations de crédulité superstitieuse.... »

Dans ces circonstances, je consultai un médecin, vieux voltairien, et par conséquent vieille bête, comme on dit spirituellement de nos jours. — Eh bien ! me répondit-il, de quoi vous étonnez-vous ? Des tables tournent, des objets se meuvent, et l'on fait grand bruit pour savoir si la volonté de l'homme ou la simple mécanique accomplit le phénomène. Mais avez-vous jamais remarqué ce qui se passe au milieu des révolutions, lorsque les passions de l'homme sont portées à leur paroxysme d'intensité, jusqu'au mépris de la mort. — Une foule porte les mains sur une grille, sur un obstacle quelconque. Les efforts de cette foule sont incohérents, s'entre-détruisent, et cependant la grille est arrachée en un clin d'œil, et cependant l'obstacle cède.

Quelle force a opéré ? La volonté a un paroxysme qui en modifie la nature. Qui encore ? La force physique pour une partie.

Ainsi pour les tables, pour les meubles qui se meuvent par l'imposition des mains : c'est en petit les mêmes phénomènes que plus haut, seulement la foule ne prétend agir que par la force.... Les opérateurs veulent de bonne foi n'y mettre que leur volonté.

Mais il y a des tables, des objets qui se meuvent sans l'imposition des mains, à distance de l'opérateur. — L'avez-vous vu ? Oui et non, car jusqu'à présent il s'agit de caprices et non de lois. La foudre n'est-elle pas la fantaisie et l'ironie mêmes. — Attendez pour voir, et après avoir vu, attendez pour expliquer. Approchez-vous de toute expérience, en répétant mentalement ces deux mots religieux à force de modestie : *Que sais-je?* et fort de votre crédulité, soyez impitoyable pour tout ce qui tendrait à transformer votre bonne foi en duperie.

Du reste, je vous raconterai un jour, comment un de mes amis et moi, animés de la meilleure foi et de la plus sérieuse envie de nous édifier, nous avons fait dire à une table ce que nous ne savions pas nous-même, et comment nous nous sommes trompés l'un et l'autre.

Nous voici donc aux tables parlantes. Et ici, c'est une autre affaire. — Qu'une

(1) M. de Saulcy.

(2) Victor Meunier.

(3) Le Père Ventura.

table, qu'un objet se meuvent, ce n'est là que du mouvement et depuis le brin de papier qui court après la cire, jusqu'au petit pois de sureau qui vole après l'électricité, le mouvement n'a rien qui nous confonde. Mais si une table, un objet brut parle, c'est de l'intelligence, c'est de l'esprit.

Est-ce l'intelligence, l'esprit de l'opérateur qui agit? Dans cette explication, l'opérateur se sert de la table au lieu de la plume ou du crayon directement; c'est, jusqu'à un certain point, comme l'individu qui écrit avec son ventre au lieu de sa main. La table n'est qu'un intermédiaire; la question des tables parlantes revient à la question des tables tournantes et se confond avec elle. L'homme peut-il imprimer le mouvement par sa volonté développant dans ses muscles une force indépendante de leur contraction? — L'homme peut-il imprimer un mouvement par sa volonté et à distance?

Si ce n'est pas l'intelligence, l'esprit de l'opérateur qui parle, il n'y a plus à interroger les savants, pas plus que sur la question du marc de café, dans l'hypothèse où le marc de café a véritablement le secret de l'avenir. La science n'a pas à expliquer ce qui n'est pas du domaine de la science. Adressez-vous naturellement et légitimement à la théologie et à l'exorcisme. Le procès du moyen âge est à réviser.

Si — en réalité, — l'intelligence, l'esprit d'un opérateur peut pénétrer une table, un objet inanimé à distance, comment refuser d'admettre que l'intelligence, l'esprit d'un homme puisse pénétrer le corps d'un autre homme à distance?

Si l'on peut évoquer un esprit, des esprits et les infuser dans une table, comment ne pourrait-on pas évoquer un esprit, des esprits et les infuser dans le corps d'un autre individu.

Et quel autre remède y a-t-il à cela que l'exorcisme? Aussi nous ne nous expliquons pas les hommes qui blâment à la fois les mandements et les explications scientifiques qui ne les satisfont pas. — Peut-on vouloir que le sacré exalte le damnable ou que le naturel rende compte du surnaturel? Il faut se faire une raison, comme on dit.

Tout honnête homme vaut un savant et plus qu'un savant pour observer de tels faits; — le savant est censé avoir un intérêt à défendre, un intérêt d'académie.

Ainsi donc, médecin, je ne suis pas incrédule; je ne vous demande pas de miracle, mais puisque vous trouvez naturel tout ce que vous annoncez, faites-moi voir tout ce que vous annoncez, sinon aujourd'hui, demain, sinon demain, après-demain; — je ne vous presse pas, ayez la même tolérance à mon égard. Surtout n'imitez pas la conduite de ces hommes qui nous promettent le produit d'une carpe et d'un lapin blanc, et qui se bornent à vous montrer la carpe et le lapin, le produit étant allé dîner en ville.

(*L'Union médicale.*)

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire le compte-rendu de la séance de la Société du 5 février. On me fait dire « oui, vous les voyez (les ramifications cancéreuses) se dessiner sous la forme de lignes qui s'irradient à travers les tissus sains. Le caustique attaque ces lignes en respectant les tissus sains et ainsi on peut les poursuivre à travers ceux-ci. »

Il faut que je me sois bien mal expliqué pour que mes paroles aient été interprétées par M. le secrétaire dans le sens qu'on vient de lire. J'ai confiance dans les caustiques pour la cure des cancers, mais tout partisan que je sois de cette méthode, je ne puis cependant pas dire une chose inexacte et que tout le monde peut prouver comme telle.

Un caustique qui détruirait les tissus morbides plongés dans la trame des tissus normaux, en respectant ceux-ci, serait ma foi un caustique bien précieux, bien intelligent; je ne pense pas qu'il existe.

Je n'ai donc pas avancé que celui que M. Moens emploie ait cette rare propriété. Ce que j'ai voulu dire, c'est qu'à l'aide d'applications réitérées et successives du caustique on peut poursuivre le mal pas à pas et détruire sur place beaucoup plus sûrement une tumeur squirrheuse que par l'instrument tranchant.

Agréez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

HENRIETTE.

Bruxelles, le 8 avril 1854.

PROCÉDÉ SIMPLE ET FACILE POUR NETTOYER LA PEAU APRÈS L'ABLATION DES EMPLATRES; par le professeur FORGET. — Il s'agit tout bonnement, dit-il, d'étendre sur la partie contaminée par l'emplâtre, un linge bien sec, une compresse, une serviette, légèrement chauffée, au besoin; de l'appliquer exactement, en pressant un instant sur tous les points avec le plat de la main; puis d'enlever ce linge, comme si on voulait enlever l'emplâtre lui-même. La matière emplastique adhérant plus fortement au linge qu'à la peau, laisse celle-ci

parfaitement nette, après deux ou trois répétitions de la même manœuvre. C'est l'affaire d'un instant.

(*Bull. de thérap.*, 15 mars.)

NÉCROLOGIE.

La Société vient de perdre un de ses plus anciens membres honoraires, M. le docteur P.-N. Naeghels, mort à Bruxelles le 15 avril, à l'âge de 75 ans. Son diplôme de membre honoraire date du 8 novembre 1827. Il était aussi membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique, correspondant de la Société polytechnique de Paris et avait été longtemps médecin du dépôt de mendicité de la Cambre. Le docteur Naeghels laisse de vifs regrets parmi ses confrères, dont il était généralement aimé : c'était le type de l'homme probe et vertueux.

M. le docteur Sauveur a prononcé le discours suivant sur sa tombe, au nom de l'Académie de médecine de Belgique :

« MESSIEURS,

» Il y a trois mois à peine que je prenais la parole au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de l'un de nos membres les plus distingués.

» La Compagnie vient de faire une perte nouvelle en la personne de M. PAUL-NORBERT NAEGHELS, né à Tervueren le 16 juin 1779, et docteur en médecine des Facultés de Leyde et de Paris.

» Notre collègue obtint son premier diplôme le 17 mars 1805. Les difficultés qui s'offraient à lui au début de sa pratique, parce qu'il avait reçu des grades dans une Université étrangère, et, d'un autre côté, la considération qu'un médecin ne saurait donner assez de titres de savoir au public pour arriver à mériter la confiance, l'engagèrent à se présenter à la Faculté de médecine de Paris, devant laquelle il défendit, le 14 juillet 1808, une thèse sur la phthisie pulmonaire, écrite en langue latine. Avant de prendre cette détermination, il avait déjà rempli, pendant deux ans, les fonctions de médecin de l'un des bureaux de bienfaisance de la ville de Bruxelles, et celle de médecin-adjoint de l'hôpital Saint-Pierre, qui lui furent conférées le 22 messidor, an XII. A son retour, il reprit ces fonctions et, trois ans après, il devint médecin principal du dépôt de mendicité de la Cambre, auquel il resta attaché pendant vingt-deux années consécutives. En 1813, son zèle, son activité et les services qu'il avait rendus dans cette institution, lui méritèrent l'honneur d'être placé à la tête de l'hôpital militaire que le gouvernement venait de créer à Bruxelles, à la suite des désastres de la campagne de Russie. Une fièvre typhoïde, qu'il contracta dans cet établissement, faillit le conduire à la mort.

» Plus tard, on le retrouve desservant les ambulances qui furent organisées à Bruxelles à différentes époques, et payant de sa personne pendant les épidémies.

» La place de la médecine est dans les asiles de l'humanité souffrante. C'est là et non ailleurs que se sont formés les grands maîtres ; car la science de l'homme malade est tout entière dans l'observation et l'expérience. Nulle autre branche de connaissances n'exige plus de recueillement. Que ne pouvait-on donc pas attendre, sous ces rapports, de M. Naeghels, dont la vie s'était écoulée dans les hôpitaux, les hospices, les ambulances et dans la demeure des pauvres? C'est ce dont notre Académie s'est souvenue en l'appelant à siéger dans son sein. Elle voulut, en même temps, honorer en sa personne ces hommes simples, estimables, instruits, qui se vouent avec autant de persévérance que de désintéressement au soulagement des infirmités de leurs semblables. La santé de notre collègue ne s'était pas altérée jusqu'alors, et il n'avait rien perdu de son jugement et de son coup d'œil médical. Il était également membre honoraire de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et de la Société polytechnique de Paris.

» M. Naeghels jouissait, à juste titre, de la confiance de ses concitoyens et de l'estime de ses confrères ; il était probe, d'un caractère ouvert, bienveillant, serviable, d'un commerce sûr, facile et agréable. Plusieurs d'entre vous, Messieurs, savent qu'il fut constamment animé du zèle de bien faire, et non de celui qui mène aux grandes réputations, qui ne sont que trop souvent dues à un caprice de la mode, à un certain savoir-faire, à des qualités étrangères à la profession qu'on exerce. Sa bienfaisance se révèle surtout par les soins désintéressés qu'il donne pendant longtemps aux pauvres patronés par la société de Saint-Vincent-de-Paul, par la congrégation des Dames de la Charité et de la Miséricorde, et par d'autres institutions également consacrées au soulagement des familles indigentes.

» La maladie dont M. Naeghels était atteint depuis trois ans, épuisait incessamment ses forces. C'est le 15 de ce mois que, par une mort douce et tranquille, il rendit à Dieu et à la terre ce qu'il en avait reçu.

» Sa famille et ses amis perdent en lui un homme recommandable. La conscience

d'avoir bien rempli ses devoirs et l'estime de ses concitoyens furent les seules récompenses qu'il obtint pour ses longs et honorables services. »

M. le docteur [illegible] y a ensuite dit, au nom de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, ces simples mais touchantes paroles :

« Messieurs,

» Saluons de nos regrets un homme de bien, disons un dernier adieu au confrère honorable et justement regretté dont vous venez d'entendre raconter la vie laborieuse et modeste. Paul-Norbert Naeghels fut un homme probe, un médecin consciencieux, un observateur judicieux et sincère; la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles lui conféra, dès son origine, le titre de membre honoraire, qu'il justifia pleinement par son concours à nos travaux, par la fréquentation de nos séances; c'est là qu'il apporta souvent, avec la naïve loyauté de son caractère, le fruit de ses observations médicales, toujours marquées au coin d'un sage examen. La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles perd en lui un membre qu'elle avait appris à chérir et à vénérer; ses confrères déplorent la perte d'un collègue estimable, qui jouissait d'une juste considération, par ses vertus, sa modestie et son dévouement au corps médical.

» Adieu, estimable confrère! allez recueillir là-haut la récompense d'une vie honorable et bien remplie. »

— M. le Dr Blaimont, bourgmestre de Fosse (Namur), est mort en cette ville dans les premiers jours d'avril.

— M. le Dr Levincent, directeur de l'Asile d'aliénés de Gemmes, près d'Angers, est mort le 10 avril à la suite d'une attaque d'apoplexie.

— Le médecin de bataillon de 1re classe J. A. Van Steenwinkel, est mort à Vilvorde le 13 avril.

— M. le Dr [illegible], secrétaire général de la Société médicale d'émulation, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault, est mort à Paris à la suite d'une fièvre typhoïde, le 19 avril. Il avait été décoré de la Légion d'honneur pour le dévouement dont il avait fait preuve dans l'épidémie de choléra de 1849.

PRIX PROPOSÉS.

L'*Académie royale des sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique* propose pour le concours de 1854 les questions suivantes :

1° Déterminer, par des recherches nouvelles, la nature des acides organiques anhydres.

2° Étudier, au moyen de nouvelles expériences, l'influence que le nerf grand sympathique exerce sur les phénomènes de la nutrition.

3° On demande un mémoire approfondi [illegible]

Le prix de chacune de ces questions est une médaille d'or de la valeur de 600 fr. Les mémoires devront être écrits lisiblement, en latin, français ou flamand, et adressés francs de port dans les formes académiques ordinaires, avant le 20 septembre 1854, à M. Quetelet, secrétaire perpétuel.

La même Académie propose pour 1855 cette question : Déterminer, par des expériences nouvelles, la composition et la nature des matières albuminoïdes.

Les conditions sont les mêmes que celles du concours de 1854.

La Société impériale de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1856, la question suivante :

« 1° De l'accouchement prématuré artificiel;

» 2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer?

» 3° Quel est le meilleur procédé [illegible] terminer? »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques [illegible] septembre 1854, terme de rigueur, à M. Henri Méli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, 15, à Marseille.

La Cour de Cassation de Paris vient de rendre l'arrêt suivant : « Le médecin qui, à l'aide de faux certificats, d'annonces mensongères et autres moyens de même nature, tendant à faire croire à des guérisons qu'il sait n'avoir pas [illegible] pouvoir opérer, se rend coupable de manœuvres frauduleuses de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique, qui constitue le délit d'escroquerie prévu par l'art. 405 du Code pénal, et le rend passible des peines édictées par cet article. »

JOURNAL
DE MÉDECINE.

(JUIN 1854.)

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

DE L'ENTÉROPATHIE MÉTALLIQUE. — ÉTUDE MÉDICALE SUR LES ACCIDENTS CAUSÉS VERS LE TUBE DIGESTIF PAR LA PÉNÉTRATION LENTE ET GRADUÉE DE CERTAINES SUBSTANCES MÉTALLIQUES DANS L'ORGANISME; *par* M. AMAND BEAUPOIL, *docteur-médecin à Ingrandes* (Indre-et-Loire). (*Suite. Voir notre cahier de mai,* p. 391.)

Le composé de plomb devra donc toujours, s'il ne l'est déjà, devenir soluble à la surface d'absorption, avant de pénétrer dans l'économie. Cette condition n'est pas également facile au contact des diverses voies d'introduction : ainsi, la peau, peu abreuvée de liquides organiques, dissout lentement une très-faible partie de la crasse métallique qui recouvre le corps des ouvriers malpropres, tandis que la muqueuse digestive offre, tout le long de son canal, des liquides jouissant de propriétés diverses qui, chacun, dissolvent une portion du composé plombique avant de le laisser passer plus loin. Pas plus que la peau cependant, la muqueuse digestive n'absorbe jamais la totalité du toxique; quelques parcelles échappent toujours et sont rejetées avec les selles. La muqueuse des voies respiratoires, au contraire, ne peut plus laisser rétrograder la poussière métallique une fois arrivée dans la trame pulmonaire (1); il faut donc qu'elle y soit tôt ou tard absorbée et absorbée en totalité. D'où, une fois encore, nous concluons que de toutes les voies d'absorption, la pulmonaire est la plus active.

Enfin, ces différentes voies se ressemblent toutes en ceci: que le composé de plomb absorbable est toujours pris et transporté dans le torrent circulatoire par les veinules qui rampent à la surface de la membrane absorbante et peut-être par les vaisseaux lymphatiques qui les y accompagnent.

Une fois introduit dans la circulation générale, le composé de plomb est emporté dans le mouvement torrentiel du sang vers tous les organes qu'il imprègne et pénètre avec lui; et, sans cesse en marche vers de nouveaux tissus, mais sans cesse aussi remplacé par de nouvelles molécules toxiques, il inonde l'économie tout entière jusqu'à ce qu'il atteigne les voies naturelles d'*élimination* et soit par elles éconduit de l'organisme. Cette course incessante qui le

(1) L'expiration pulmonaire ne peut charrier efficacement que les substances volatiles.

porte aux différentes parties du corps humain, tend à l'y distribuer également; des conditions spéciales rompent cet équilibre, et réellement le principe toxique se concentre et semble plus particulièrement faire élection de domicile dans les organes parenchymateux, surtout dans le foie. Cette prédilection des métaux pour le foie et les organes parenchymateux, mise hors de doute par Orfila, s'explique parfaitement par la lenteur de la circulation hépatique, par l'énorme quantité de sang apporté à ces organes et recueilli, avec le toxique, dans toute la cavité abdominale par les radicules veineuses qui constituent la veine-porte; enfin, par l'échange continuel de molécules toxiques qui se fait à la surface de l'intestin, ainsi que nous l'expliquerons ailleurs.

Si l'absorption du composé saturnin continuait sans relâche, l'économie en serait bientôt saturée; mais une portion du poison sort par les voies d'élimination à mesure qu'une autre portion s'introduit par celles d'absorption. Cela retarderait indéfiniment l'arrivée des accidents si l'élimination pouvait égaler l'absorption. Malheureusement, la seconde l'emporte de beaucoup sur la première, non-seulement par son activité et la plus large surface de son élaboration, mais surtout par les circonstances spéciales dont nous parlions tout à l'heure, et qui retiennent le plomb dans l'économie quand il est sur le point d'en sortir par une issue insuffisante.

La comparaison des voies d'absorption à celles d'élimination, va mettre ce point hors de doute.

Nous avons établi plus haut que la respiration est la plus large voie d'introduction du composé saturnin dans l'économie; l'excrétion pulmonaire est, au contraire, à peu près nulle et ne peut pas soutenir la comparaison : en effet, pour qu'une substance puisse être charriée par la transpiration pulmonaire, il est indispensable qu'elle soit volatile; si donc, le composé métallique, non volatil de sa nature, est sécrété par la muqueuse des voies respiratoires, il doit aussitôt être réabsorbé par la même membrane. Nous ne devons pas cependant oublier les crachats sucrés expectorés par les gens qui, sous le coup de l'intoxication saturnine, ne respirent plus les poussières plombiques depuis quelque temps déjà. Évidemment ces crachats sont sucrés par le produit d'une sécrétion pulmonaire; mais quelle faible issue offerte au poison en compensation de l'énorme quantité absorbée par cette voie! Quelle lenteur d'excrétion en comparaison de l'activité absorbante du poumon! Là, sans cesse de nouveaux liquides, tous très-propres à dissoudre les poussières plombiques, se succèdent, se pressent, emportant chacun sa portion du toxique pour le mêler au sang qui, dans sa course rapide, se rue vers tous les organes et les inonde du poison!! De là résulte que le composé de plomb absorbé par la voie pulmonaire ne peut être expulsé qu'après avoir parcouru le torrent circulatoire en entier, ce qui nous autorise encore à considérer cette voie d'introduction comme la plus favorable au développement des accidents.

Le plomb cantonné dans la circulation hépatique ne peut en sortir que par la veine-porte. Le mode d'issue en est double : 1° il est sécrété avec la bile et versé par les canaux biliaires dans le duodénum, 2° il est exhalé par une sorte

de perspiration insensible qui s'effectue sur toute la longueur du tube digestif. Or, une fois déposé dans l'intestin, il est rejeté par les vomissements et par les selles, ou bien il est repris par le système de la veine-porte, absolument comme s'il avait été introduit primitivement dans l'estomac. Il résulte en effet des travaux de MM. Bouchardat et Sandras, sur la digestion, que les parties solubles de la bile versée dans l'intestin sont repris par les ramifications de la veine-porte désignée à si juste titre sous le nom de *porta malorum* par les anciens. Il doit en être, et il en est sûrement ainsi du composé saturnin dissous dans la bile; par conséquent, le plomb rejeté avec cette bile, doit en grande partie retourner au foie pour être sécrété encore, absorbé de nouveau, et toujours (1). Le foie est donc une déplorable voie d'élimination!

La peau n'est pas plus favorable à l'issue du poison; on lui a même contesté toute excrétion comme on lui avait refusé toute absorption! Mais l'une et l'autre ne sont pas moins évidentes pour cela. Il est même facile de prouver, par expérience, que l'élimination du plomb a lieu par la peau. Il suffit en effet de constater la formation du sulfure noir de plomb, à la surface de cette membrane, sous l'influence des bains sulfureux, à plusieurs reprises, malgré l'interposition de bains savonneux à l'aide desquels on enlève le sulfure déjà formé. A cela, M. Bouvier objecte que le phénomène a été mal observé; « c'est, dit-il, parce » qu'une couche plus ou moins épaisse de sels de plomb est restée adhérente » à la peau, que celle-ci noircit sous l'influence des bains sulfureux, et non » par suite d'une élimination des particules plombiques par l'exhalation cuta- » née (2). » Nous ne pouvons pas accepter cette fin de non-recevoir; il nous suffit, pour la rejeter, de réfléchir que, dans la colique saturnine, du plomb doit exister dans tous les liquides du corps humain (surtout dans les liquides alcalins, d'après la théorie de M. Mialhe), et par conséquent dans la sueur (3) qui doit, en s'exhalant, déposer celui qu'elle contient, à la superficie de la peau. D'ailleurs, si M. Bouvier consent à répéter l'expérience comme je vais l'indiquer, je suis persuadé qu'il trouvera le *phénomène bien observé* et l'expérience concluante : soit donc un cérusier atteint de colique, vous le nettoyez parfaitement des pieds à la tête au moyen des bains savonneux, et vous le plongez dans le bain sulfureux; il ne noircit pas, puisque vous venez d'enlever tout le composé saturnin qui salissait son tégument externe. Puis vous attendez quelques

(1) Il résulte des recherches récentes de F. Orfila que le plomb, introduit à l'état d'acétate, existe encore dans les organes au bout de huit mois.

(2) Académie de médecine, 10 juin 1848.

(3) Il est généralement admis que la sueur est *alcaline* aux aisselles et aux environs des parties génitales, tandis que partout ailleurs elle est *acide;* contrairement à cette croyance, M. Favre a démontré, par des expériences rigoureuses, que, pendant la transpiration de l'homme, le premier tiers de la sueur recueillie est toujours acide, le second tiers neutre ou alcalin, et, enfin, le troisième tiers constamment alcalin. En outre, il a remarqué que la partie acide de la sueur perdait, dès les premières gouttes vaporisées, sa réaction acide qui faisait place à une réaction fortement alcaline. Les matières minérales prépondérantes dans la sueur sont, d'après les mêmes recherches, le chlorure de sodium, comme cela a lieu pour l'urine, plus des lactates et des *hydrolates* de soude et de potasse, ce qui explique parfaitement la tension de la sueur à devenir alcaline. — (Académie des sciences, 15 novembre 1852.)

heures, et vous lui faites prendre un nouveau bain sulfureux, déjà vous distinguez quelques points noirs disséminés ; enfin, au bout de plusieurs jours, la peau tout entière noircit dans le bain sulfureux, comme si le malade n'avait encore subi aucun traitement. Vous pouvez alors débarrasser le tégument par les bains savonneux, et recommencer la série des bains sulfureux sans que le phénomène varie en rien ; et, quand le malade aura passé plusieurs semaines sans nettoyer la peau, si la coloration noire ne se manifeste plus sous l'influence de la préparation sulfureuse, il sera probable qu'il n'existe plus de poison à éliminer (1). Il est évident que toutes ces expériences doivent être faites loin du lieu d'infection, sinon elles seraient sans valeur (2).

L'exhalation cutanée dépose donc continuellement du plomb à la peau. Eu égard à l'énorme étendue de cette surface, ce devrait être un moyen puissant de débarrasser l'économie, mais le composé toxique reste en contact avec le tégument et l'absorption cutanée a bientôt repris ce que la sécrétion avait fait sortir. La peau, comme le foie, est donc le siége d'un échange continuel de molécules toxiques, les unes absorbées, les autres excrétées, puis réabsorbées et ainsi indéfiniment... Ce qui caractérise une issue déplorable (3).

Enfin, reste l'appareil urinaire qui seul peut offrir au plomb une élimination efficace. Largement abreuvés d'un sang riche en poison, les reins filtrent abondamment le plomb avec les urines qui l'entraînent au dehors, non toutefois sans en laisser reprendre quelques parcelles par la muqueuse des voies urinaires. Mais cette réabsorption doit être bien faible en comparaison de la facilité qu'éprouve le plomb à sortir par cette voie, car la moindre dose de ce métal se montre promptement dans l'urine ; aussi ce liquide en contient-il toujours chez les gens soumis à la respiration des poussières plombiques, et suivant M. A. Chevallier, il est facile d'en déceler la présence dans l'urine des cérusiers.

Quoi qu'il en soit, cette issue est favorable, et pour peu que les voies d'absorption larissent, elle est susceptible d'effectuer à elle seule la dépuration de l'économie. Cela ne devra pas être oublié pour le traitement préservatif (4).

D'après tout ce qui précède, il est donc bien établi qu'un échange incessant de molécules toxiques s'effectue invariablement autour de toutes les voies éliminatoires insuffisantes, que cet échange a principalement lieu sur toute la longueur du canal intestinal, à la bouche (5), à l'œsophage, à l'estomac, mais surtout dans la limite du système de la veine-porte, à la peau et aux voies res-

(1) D'après cela, on conçoit que la crasse métallique adhérente à la peau des ouvriers ne vient pas tout entière de l'atmosphère saturée des émanations de plomb.

(2) Les considérations précédentes nous fournissent une nouvelle preuve de la perméabilité de l'épiderme et une induction en faveur de l'absorption cutanée.

(3) De là résulte que la peau et le foie sont deux foyers continuels d'intoxication qu'il ne faudra jamais perdre de vue pendant le traitement.

(4) Il ressort rigoureusement des considérations précédentes qu'il faut exposer le moins longtemps et le moins souvent possible l'ouvrier aux émanations toxiques, afin de donner au poison absorbé le temps de sortir de l'économie par les urines.

(5) Il en résulte que le sulfure de plomb, déposé sur la gencive, ne vient pas tout entier de l'air qui environne l'ouvrier.

piratoires, que cet échange a pour effet de retenir indéfiniment le plomb dans l'économie, enfin de le maintenir sans cesse au contact le plus intime avec chaque fibre des membranes d'absorption dont nous parlons. Cela suffit, du reste, pour expliquer la persistance indéfinie de quelques intoxications saturnines peu ou point soignées, sans qu'il soit nécessaire d'admettre que le plomb redevient insoluble dans les tissus de l'être vivant (1).

De là résulte que le composé saturnin doit exercer sur les membranes qui sont le siége de cet échange, mais surtout à la surface de l'intestin, toute l'action dont il est capable et que les thérapeutistes lui reconnaissent, l'astriction (2), par conséquent la diminution de la sécrétion bronchique (pour les voies respiratoires), la diminution de la sécrétion cutanée (pour la peau), mais surtout la diminution et peut-être la suppression de la sécrétion intestinale (pour le tube digestif), et par suite la constipation.

Ce résultat auquel la théorie pure nous amène a été confirmé déjà par l'expérience clinique, et c'est sur lui que l'on compte encore tous les jours quand on ordonne, d'après Fouquier, les préparations de plomb pour modérer les sueurs et la diarrhée des phthisiques.

Hâtons-nous de le dire, ce n'est là qu'une partie de l'action toxique du composé de plomb sur l'économie; il doit exister, en outre, quelque combinaison moléculaire intime entre la fibre vivante et le plomb, d'où résulte une modification insaisissable, inconnue jusque-là et probablement pour toujours, qui explique l'influence ressentie par le système nerveux. Toutefois cette action si remarquable du composé de plomb sur les sécrétions organiques nous suffit pour expliquer le phénomène de la constipation, phénomène qui domine toute la symptomatologie de la colique saturnine et engendre tous les autres, comme nous le verrons.

La quantité de plomb nécessaire à la production des accidents, paraît varier suivant les individus, et ne peut être fixée; car si l'individu en absorbe sans cesse, il en rend constamment aussi par les excrétions, ainsi que nous l'avons établi plus haut. Il est rationnel d'admettre que la colique doit survenir quand les forces d'absorption l'emportent sur celles d'exhalation, et que l'économie est saturée.

Par suite, les circonstances qui favorisent la retenue du composé saturnin dans l'économie, et le mode le plus actif d'absorption, celui qui s'effectue

(1) Ces considérations ne seront pas perdues pour le traitement : puisque les foyers d'intoxication, l'un intérieur (le système de la veine-porte), l'autre extérieur (la peau), doivent seuls être accusés de fournir à la persistance des accidents, il est rationnel de diriger tous les moyens thérapeutiques vers leur destruction, et la guérison ne devra pas se faire attendre quand ils auront été anéantis, *sublatâ causâ, tollitur effectus*.

(2) Le composé plombique soluble absorbable, ou plutôt absorbé, jouit-il des propriétés astringentes * que nous connaissons à toutes les préparations de plomb employées topiquement? L'analogie, mais surtout les phénomènes de l'intoxication nous engagent à l'admettre.

* On attribue généralement l'*astringence* à la coagulation de l'albumine par le médicament; or, M. Mialhe nous enseigne que le chloro-plombate alcalin n'est *nullement précipité par l'eau albumineuse*; il faudra donc chercher ailleurs la raison de ce phénomène.

dans le poumon, par exemple, devront avoir une influence marquée sur la prompte venue des accidents. Aussi voit-on les cérusiers et tous les ouvriers soumis à une ample respiration de particules saturnines être promptement atteints de colique, tandis que la malveillance ou l'erreur offrent parfois à l'intestin des doses énormes du même composé, doses assurément plus fortes que celles absorbées par l'appareil respiratoire, et pourtant les accidents ne sont pas les mêmes! C'est que l'irritation primitive provoque l'évacuation du toxique et s'oppose à l'absorption! C'est que le toxique ne peut agir qu'en proportion de la quantité absorbée et non en raison de la dose ingérée!! Ce seront toujours là les différences capitales de l'empoisonnement à haute dose d'avec celui que nous étudions.

De tout ce qui précède, nous concluons que le plomb, introduit par l'appareil pulmonaire, traduit plus sûrement et avec plus d'intensité ses effets sur l'économie par cette voie que par toute autre, parce qu'il est plus sûrement, plus promptement et aussi plus abondamment absorbé par cette voie que par les autres. La découverte, encore récente, des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme viendrait à l'appui de ce phénomène, s'il en était besoin, car tout le monde sait que l'insensibilité est bien plus rapidement et plus sûrement produite par l'inspiration de ces substances que par les autres modes d'absorption (1).

Causes prédisposantes. — Plusieurs circonstances, prises en dehors de la cause toxique, paraissent avoir une certaine influence sur le développement de la colique de plomb.

La chaleur semble favoriser la production de la maladie, soit en facilitant la dissémination du composé saturnin, soit surtout en rendant plus perméables les diverses voies d'introduction du poison, ainsi que nous l'avons établi plus haut pour l'absorption cutanée. Quelques observateurs objectent à cela que si la colique est plus fréquente dans les fabriques pendant les mois de juin, juillet et août, cela tient à la plus grande activité des travaux et au nombre plus considérable d'ouvriers employés à la fabrication.

Le climat ne peut rien changer à la physionomie de la colique saturnine; il doit donc agir en raison directe de sa température, et l'induction porte à croire que la maladie est plus fréquente dans les pays chauds que dans les tempérés, à la condition toutefois que les autres circonstances dans lesquelles elle prend naissance soient identiques dans l'un et l'autre cas.

L'âge, le sexe et la constitution semblent être sans importance. Notons cependant l'aptitude absorbante des enfants et des femmes, aptitude d'autant plus grande qu'ils sont plus jeunes et plus délicats; remarquons encore que parmi les êtres de même âge et en apparence de même constitution, tous ne sont pas également aptes à l'absorption. La méthode numérique aligne de longues colonnes de chiffres pour infirmer notre proposition, mais, dans ce cas, comme dans

(1) De là découle une application importante au traitement préservatif : empêcher l'introduction des poussières plombiques dans les voies respiratoires.

tant d'autres, il est aisé de faire sentir combien elle est oiseuse et aveugle quand elle n'est pas conduite par le raisonnement. Les ouvriers qui travaillent le plomb sont en général âgés de 15 à 45 ans; ils doivent être robustes pour pouvoir résister à la fatigue de travaux pénibles; tous les travaux n'exposent pas également à l'absorption du poison, et quand les femmes ou les enfants sont employés aux fabriques de plomb, ils font les travaux qui exposent le moins!... Il est donc évident, d'après tout cela, que les malades devront être surtout des hommes adultes et vigoureux! Il n'est pas besoin de chiffres pour parvenir à ce résultat!

Le régime et les soins hygiéniques sont généralement regardés, et à juste titre, suivant nous, comme ayant une importance majeure. La crasse métallique qui recouvre le tégument tout entier, absorbée par la peau, mangée avec le pain de l'ouvrier, suffit à la production des accidents.... Il est pourtant difficile de constater expérimentalement l'influence de l'hygiène, les ouvriers employés aux fabriques étant en général très-malpropres et fort adonnés aux excès de la boisson.

L'empoisonnement saturnin se traduit par plusieurs formes autres que la colique de plomb; le développement de l'une de ces formes prédispose à contracter la colique, parce que l'existence de cet accident indique la présence du composé de plomb dans l'économie et celui-ci peut, d'un moment à l'autre, porter son influence délétère vers les organes abdominaux.

La débilitation causée par une première colique saturnine, ou même par une maladie étrangère au plomb, doit favoriser l'absorption et conséquemment disposer aux récidives si le malade retourne trop tôt s'exposer aux émanations métalliques.

Les rechutes sont fréquentes; elles se manifestent habituellement quelques jours après la guérison apparente sous l'influence d'écarts de régime, de traitements irrationnels, etc... Elles indiquent toujours qu'il existait encore du plomb dans l'économie, et par conséquent, que le traitement n'était pas fini, ou avait été assez mal dirigé pour masquer la présence du composé saturnin, au lieu de l'évacuer hors de l'économie.

L'état moral nous a paru une prédisposition puissante à la maladie chez certains ouvriers qui, n'ignorant point le danger du travail des fabriques de plomb, viennent y demander de l'ouvrage quand ils n'en peuvent pas trouver ailleurs. Dire le mode d'action de la disposition dans ce cas, serait chose assez difficile! Peut-être agit-elle en produisant cette débilitation, cette oppression, cet anéantissement des forces dont l'influence occulte est aussi facile à constater qu'impossible à expliquer rationnellement?

SYMPTOMATOLOGIE.

Le mode suivant lequel le composé de plomb est absorbé fait pressentir la nature et l'ordre de production, c'est-à-dire la genèse des accidents qui caractérisent la colique saturnine; nous pourrions donc aisément, de la connaissance de cette cause productrice, déduire la manifestation symptomatique qui traduit la souffrance de l'organisme, mais nous craindrions, qu'établie ainsi, elle parût

rapetissée, violentée même, pour la faire entrer de force dans un cadre tracé d'avance, en vue d'une théorie toute gratuite, et nous préférons la présenter d'abord d'une manière purement didactique, réservant pour un autre temps la démonstration de ce que nous faisons seulement pressentir en ce moment.

Nous allons donc étudier tous les signes de la colique de plomb les uns après les autres, sans explication qui les rattache entre eux, et tels que nous les offre l'observation clinique.

Invasion de la colique de plomb. — Le début de la maladie varie suivant le mode d'absorption qui a introduit le toxique dans l'économie, suivant la durée de cette absorption, enfin, suivant la dose du toxique ingéré. Mais toutes les phases qui ouvrent la marche aux signes bien caractérisés, peuvent être rapportés aux deux chefs suivants : 1 *l'invasion de la colique saturnine est subite et inattendue*; 2° elle est au contraire *lente et progressive*.

1° *Début soudain.* — La maladie débute d'une manière soudaine par des douleurs abdominales très-vives, lorsque le poison se présente en grande quantité aux voies d'absorption, soit en une seule, soit en plusieurs doses administrées en peu de temps. Le phénomène arrive en général de cette manière chez les personnes étrangères aux professions saturnines, et le plus souvent alors le plomb est introduit par absorption gastro-intestinale. Chez ces personnes, les accidents sont complexes : ceux d'*irritation* commencent toujours, et sont même parfois assez violents pour empêcher le développement des accidents spéciaux à la colique saturnine. Cela explique l'étonnement, je dirais presque le désappointement de la plupart des praticiens, que l'erreur ou la malveillance met en présence des accidents causés par l'ingestion d'une forte dose de plomb; ils s'attendent à voir survenir une colique affreuse, avec constipation invincible, ventre rétracté jusqu'à l'épine, etc. Et, tout au contraire, l'irritation produite par cette énorme quantité du poison, détermine les évacuations par haut et par bas, le ballonnement du ventre, c'est-à-dire presque un traitement rationnel de cet empoisonnement; l'inflammation de la muqueuse intestinale gêne ou s'oppose même entièrement à l'absorption de la portion du toxique non rejetée, ce qui empêche, ou tout au moins retarde la manifestation des phénomènes spéciaux. Enfin, l'élimination ordinaire débarrasse le tube digestif d'une autre portion du toxique par le fait d'une particularité anatomique spéciale au système veineux abdominal, dont nous devons la découverte à M. Cl. Bernard (1).

(1) Cet habile expérimentateur a constaté l'existence, entre la veine-porte et la veine cave, de communications directes assez considérables, qui versent immédiatement le sang de la première dans la seconde ; il a reconnu, en outre, dans la texture de la veine cave, au-dessous des veines sus-hépatiques, des fibres musculaires destinées à opérer un reflux du sang, et, au niveau des veines rénales, des valvules qui empêchent le reflux d'aller au delà ; de sorte que le sang est obligé de pénétrer dans les veines rénales qui, alors, jouent le rôle d'artères. La substance toxique est ainsi amenée directement dans les reins, sans passer par la circulation générale, ce qui explique le passage rapide de certaines substances dans l'urine.

Nous nous appuierons encore sur ce qui précède pour dire une fois de plus que l'absorption pulmonaire, par cela même qu'elle force le toxique à parcourir le système circulatoire tout entier avant d'arriver aux voies d'élimination, doit être plus favorable à la production des accidents saturnins que l'absorption gastro-intestinale.

Le malade est ainsi débarrassé de tout ou au moins d'une grande partie du poison. Que si, malgré ce concours de circonstances heureuses, la portion du toxique absorbée suffit à provoquer les phénomènes spéciaux à la colique de plomb, ces phénomènes se développent rapidement et sans prodromes, parce que le système de la veine-porte est immédiatement gorgé de plomb.

2° *Début graduel.* — Au contraire, la série des accidents se prépare et se présente graduellement quand le plomb est journellement ingéré en faible quantité. Il s'amoncelle lentement, dans ce cas, et produit à la longue les altérations que M. Tanquerel des Planches désigne sous le nom d'intoxication primitive. C'est le cas de tous les ouvriers qui vivent au milieu des émanations saturnines, et par conséquent de tous les gens qui absorbent le poison par les voies respiratoires et par la peau. Teint pâle, quelquefois jaunâtre, face maigre, coloration bleu-grisâtre des gencives, déracinement des dents, etc., tels sont les caractères particuliers à tous ces hommes.

On a exagéré, à tort suivant nous, la valeur de quelques-uns de ces caractères. Ainsi, pour M. le professeur Piorry, il n'y a pas de colique de plomb possible sans la coloration bleu-grisâtre des gencives. Evidemment, cette prétention est exagérée ! Car si le phénomène est à peu près constant chez les ouvriers des fabriques de plomb, il est, en revanche, exceptionnel chez les gens de notre première catégorie, et dans certaines professions, les étameurs, par exemple, suivant la remarque de M. le docteur Brachet de Lyon. Enfin ce liseré, caractéristique quand il existe, manque constamment chez les malades qui n'ont point de dents.

On comprendra facilement l'absence de ce liseré gencival chez les malades de notre première catégorie, si l'on réfléchit que cette coloration dépendant toujours de la réaction d'une préparation sulfureuse de la salive sur le plomb pris à l'air ambiant par cette salive, ou fourni par la sécrétion de la muqueuse buccale, il faut, chez eux où nous supposons le composé saturnin introduit sans contact immédiat prolongé avec la salive et les parois de la bouche, il faut que la sécrétion buccale seule ait le temps de fournir le plomb nécessaire à la production du phénomène, ce qui est impossible si les accidents sont de suite traités rationnellement.

Disons pourtant que Burton, auquel on doit la première description de ce liseré, l'a produit à volonté par l'usage de l'acétate de plomb en pilules, et que M. Martin Solon a obtenu un résultat semblable à la suite de la même médication ! Mais ces faits, qui appuient notre théorie de l'excrétion buccale, n'infirment point ce que nous avançons à propos des cas de notre première catégorie, parce que Burton et M. Martin Solon continuaient le médicament à petite dose jusqu'à la production du phénomène, au lieu de s'occuper de suite à évacuer le composé plombique hors de l'économie.

Ce que nous avons dit de la coloration spéciale des gencives, s'applique également à la saveur sucrée et styptique, à l'ictère saturnin et à tous les caractères que nous venons d'énumérer. Ces phénomènes existent constamment chez les travailleurs de plomb ; ils sont exceptionnels chez les hommes étrangers aux professions saturnines.

Tous les ouvriers soumis à une intoxication lente, et souvent même les gens qui se trouvent dans toute autre condition, éprouvent quelques altérations prodromiques : augmentation de la teinte jaune cachectique de la peau, perception d'une saveur sucrée et comme styptique, diminution de l'appétit, poids à l'épigastre, douleurs sourdes et fugaces dans le ventre, augmentant après le repas, communément nausées, difficulté et lenteur dans les garde-robes qui deviennent dures, noires ou jaunâtres, sentiment douloureux dans l'émission des urines, etc.

La diarrhée précède quelquefois l'arrivée des douleurs de ventre, et est remplacée par la constipation quand elle ne doit pas durer.

L'individu en proie à ces prodromes est pris d'une tristesse insurmontable ; les traits du visage se tirent, des douleurs névralgiques parcourent les membres, une courbature générale affaisse le malade, le sommeil est fugace et non réparateur, tout en un mot semble indiquer que l'organisme est sous le poids d'une affection très-grave.

Cet état prodromique dure de quelques jours à quelques semaines ; les différents signes que nous venons d'énumérer augmentent d'intensité peu à peu, ou tout d'un coup sous l'influence d'excès, d'émotions morales vives, et la maladie est déclarée. Elle se traduit alors par des signes locaux et par des signes généraux.

Signes locaux de la colique de plomb. — Les premiers, les plus importants et les plus variés sont fournis par les voies digestives.

La douleur est le signe le plus constant, celui qui domine toute la manifestation symptomatique de la colique de plomb. Elle siége habituellement à l'ombilic, mais elle peut se montrer dans tous les points de l'abdomen, et même s'irradier vers le thorax, les testicules, etc. Du point douloureux émanent des éclairs de douleur que les malades comparent à un tortillement violent, à des piqûres, à des élancements, à une compression pénible. Habituellement violente, la douleur jette le patient dans une agitation extrême : ses traits se grippent, ses yeux enfoncés s'égarent ; il pousse des cris déchirants, change sans cesse de position et prend les attitudes les plus bizarres dans l'espoir d'en trouver une dans laquelle il souffrira moins. Tantôt il comprime son ventre avec force, le plus souvent il frictionne le point douloureux, ce qui calme, ou tout au moins modifie la douleur.

Cet appareil formidable disparaît au bout d'un temps assez court en général ; le calme se rétablit et le malade reste anéanti, brisé de fatigue et souffrant encore ; puis un nouvel accès survient bientôt, suivi d'une nouvelle rémission.

Les accès n'offrent pas tous la même intensité, et ne sont pas séparés par des intervalles égaux ; ils se dessinent davantage à mesure que la maladie fait des progrès, et quand elle marche vers sa fin, ils deviennent si rapprochés que la douleur semble continuelle. Sans cause connue, ils sont toujours plus violents et plus fréquents la nuit que le jour.

La physionomie des accidents varie donc à l'infini suivant la durée, l'intensité et le siége de la douleur, qu'il n'est pas rare de voir elle-même changer de place à un nouvel accès.

La pression produit quelquefois tous ces phénomènes, et surtout le déplacement du point douloureux. On dit généralement qu'elle diminue la douleur; il nous semble que le plus souvent elle ne produit aucun effet, qu'assez souvent même elle accroît l'intensité de la souffrance.

La constipation précède les douleurs de ventre et contribue à les produire. Elle est en général d'autant plus opiniâtre que la colique est plus violente : les malades sont tourmentés d'épreintes continuelles et s'épuisent en vains efforts pour aller du ventre jusqu'à ce qu'enfin le bénéfice du temps, ou d'un traitement rationnel, permette l'évacuation des matières accumulées dans l'intestin; les premières rendues sont très-dures, petites et noires, parfois arrondies en petites crottes comme les excréments de la brebis ou de la chèvre, enfin assez légères pour surnager les liquides rendus avec elles.

La constipation est, après la douleur, le phénomène le plus fréquent qui caractérise la colique saturnine. Ce n'est pourtant point un phénomène constant, car il n'est pas rare de voir des malades aller normalement à la garde-robe, parfois même avoir la diarrhée, en dépit d'une colique violente, aussi atroce que celle qui s'observe avec la constipation.

La rétraction et la dureté du ventre se rencontrent beaucoup moins fréquemment que ne l'ont dit certains auteurs. Stoll a rarement constaté ce phénomène, et, suivant M. Andral, il est même commun de trouver le ventre distendu par l'accumulation des matières et des gaz. Cependant, quand elle existe, la rétraction du ventre est plus marquée pendant l'accès; l'épigastre semble alors s'enfoncer en godet, l'anus rentrer et se contracter sur lui-même, avec ténesme douloureux. M. Mérat prétend même que le tube intestinal tout entier éprouve une constriction analogue et que, par suite de cette contraction, les intestins s'appliquent et se moulent sur les matières qu'ils contiennent.

Les nausées précèdent habituellement les vomissements et sont plus fréquentes que ceux-ci. Ces accidents se montrent dès le début de la maladie, en même temps que la constipation; ils se répètent à de courts intervalles, surtout pendant la rémission, sont très-fatigants et quelquefois accompagnés de hoquet au plus fort de l'accès; ils ne sont point proportionnels à l'intensité de la colique et se manifestent de préférence quand l'épigastre est le siége de la douleur, à laquelle ils ne survivent jamais. Les matières rejetées par le vomissement sont d'un vert poracé très-foncé et colorent la langue. Celle-ci est ordinairement humide, rosée sur les côtés et à sa pointe, recouverte d'un léger enduit blanchâtre tirant sur le jaune au milieu et à la base.

L'haleine présente une fétidité repoussante, spéciale.

Le goût styptique et sucré persiste pendant une partie de l'affection; il est rarement remplacé par une sensation d'amertume à la bouche.

La coloration des gencives s'étend aux dents elles-mêmes chez les malades qui n'ont pas soin de leur bouche. Chez tous, le point de réunion entre la dent et le tissu gengival, est particulièrement envahi, sous la forme d'un liseré bleuâtre, livide, d'un gris ardoisé ainsi qu'il a été dit plus haut.

M. Palais a signalé, sans en indiquer la fréquence, un agacement de dents

analogue à la sensation qu'on éprouve après avoir mangé des fruits acides. Nous n'avons jamais constaté ce phénomène.

La salive est normale, alcaline; il n'existe par conséquent jamais de ptyalisme, ce qui ne manquerait pas d'arriver si le contact du plomb provoquait une inflammation des muqueuses comme on l'a prétendu.

La soif est en général peu vive et l'appétit nul. Quelques malades cependant désirent les aliments et augmentent de beaucoup leurs accidents quand ils en prennent.

Le tube digestif renferme beaucoup de gaz qui s'échappent souvent par la bouche (éructations), rarement par l'anus (vents), et qui changent sans cesse de place dans les intestins en produisant un bruit particulier résultant de leur mélange avec des liquides (borborygmes). Tous ces phénomènes disparaissent avec les premières évacuations de matières fécales pour ne jamais reparaître tant que dure la liberté du ventre.

La percussion du ventre donne connaissance de faits très-fertiles en applications; voici ce qu'elle démontre : le colon descendant est mat, tandis que le reste du canal intestinal rend un son clair à la percussion. C'était à prévoir; puisque la colique de plomb se caractérise par une constipation opiniâtre, il faut bien que le colon soit bourré de matières fécales et par suite qu'il offre une grande matité; de même, puisqu'elle produit un abondant dégagement de gaz, il faut bien que ceux-ci se trouvent, au-dessus des fèces, dans le reste des voies digestives, et par suite que ces parties résonnent comme un tambour.

La colique saturnine qui s'accompagne de diarrhée, ne fournit pas les mêmes signes à la percussion, comme on devait s'y attendre.

Les fonctions urinaires sont le siége de quelques troubles. Ainsi, pendant l'accès, on remarque fréquemment du ténesme au col de la vessie, et des envies fréquentes d'uriner impossibles à satisfaire; de la constriction et de la cuisson dans l'urèthre, pendant et après la miction, lorsque celle-ci a pu être effectuée. L'urine est très-rouge et acide.

Ces troubles ne proviennent pas de la vessie, car la percussion démontre qu'elle est vide; ils doivent donc dépendre de la non-sécrétion urinaire, et cela s'explique par l'action directe du plomb sur le rein. Nous avons démontré que cet organe est la plus puissante voie d'élimination du poison; or, puisque le plomb est en contact avec le rein, il doit déterminer dans celui-ci des phénomènes analogues à ceux qu'il produit dans le tube digestif : dans ce dernier, arrêt de la sécrétion intestinale; dans celui-là, suspension de la filtration urinaire. Cette explication nous paraît d'autant plus admissible que les phénomènes de dysurie sont plus marqués quand la douleur siége à la région rénale, et qu'ils disparaissent rapidement avec elle, ou à peu près.

Signes généraux de la colique de plomb. — Les signes généraux n'ont qu'une importance secondaire. Nous allons rapidement les passer en revue.

Les douleurs diffuses des membres, sympathiques (1) de la souffrance intes-

(1) Le mot *sympathiques* est-il bien exact? Les douleurs des extrémités ne dépendent-elles pas plutôt de la présence du plomb dans ces parties?

tinale suivant M. Bally, doivent être placées en tête des signes généraux de la colique de plomb, tant à cause de leur constance qu'en raison de la sensation pénible de brisement qu'elles déterminent toujours chez les malades.

La respiration s'accélère pendant l'accès, sous l'influence de la douleur ; les malades ne font que de petites inspirations, redoutant de mettre en jeu le diaphragme et les parois abdominales, et parlent peu ou point dans la crainte d'augmenter leurs souffrances.

La dyspnée est donc le résultat de la douleur, et varie d'intensité avec elle ; il en est de même de l'ictère qui survient quelquefois par la violence des accès et qu'il ne faut pas confondre avec l'ictère saturnin.

La circulation reste normale, ou même se ralentit, au milieu des douleurs atroces et de l'agitation extrême auxquelles les malades sont en proie. Le pouls est habituellement *très-dur* et *large* en même temps ; l'*artère*, suivant Stoll, *semble un fil de fer très-tendu, frappant le doigt par un mouvement égal, plein et vibrant* ; le malade entre en convalescence quand le pouls mollit, et les pulsations augmentent sous l'influence du traitement purgatif (1).

La fièvre n'existe donc pas, et quand elle se montre, on doit toujours diagnostiquer la complication d'un état inflammatoire, dont il faut soigneusement rechercher le siége.

La température de la peau est habituellement normale ; quand elle s'élève, il y a des sueurs. Rarement les malades perçoivent une sensation de froid inappréciable pour le médecin, mais tous accusent le froid de redoubler leurs douleurs.

L'insomnie tourmente les malades ; cependant ils peuvent dormir quand les accès n'ont pas lieu la nuit.

L'intelligence est intacte, à moins de complications encéphaliques ; mais le malade est sous l'influence d'un abattement moral profond ; son faciès présente une altération toute spéciale, qu'il est impossible de décrire ; la nutrition en souffre et la cachexie métallique ne tarde pas à se montrer si la guérison se fait attendre.

En revanche, tout cet appareil formidable fuit comme par enchantement avec la douleur ; les forces opprimées se réveillent, le cours des matières fécales et des urines se rétablit, et le malade entre en pleine convalescence. Ce phénomène a lieu par une transition quelquefois si brusque que le patient semble passer tout à coup de l'état le plus grave à la santé la plus florissante.

Tous les signes précédents appartiennent à la colique de plomb exempte de complications ; ils peuvent se grouper diversement et imprimer à la physionomie quelques variétés, ou formes, peu importantes, que nous ne croyons pas mériter une mention spéciale.

Complications de la colique de plomb. — L'étude des complications est bien autrement digne d'intérêt.

(1) Il est étonnant que, après une remarque aussi importante, le grand praticien de Vienne ait préconisé avec autant d'ardeur la méthode calmante, au détriment des purgatifs, dans le traitement de la maladie qui nous occupe. Nous devons cependant lui rendre cette justice qu'il préférait la jusquiame à l'opium, parce que, tout en calmant les douleurs, elle tenait le ventre libre.

La colique n'est pas, comme nous l'avons dit déjà, la seule forme de l'intoxication saturnine. L'absorption des préparations de plomb donne lieu à d'autres accidents que M. Tanquerel-Desplanches a le premier bien décrits sous les noms d'*arthralgie*, de *paralysie* et d'*encéphalopathie saturnines*.

Ces différentes formes peuvent se montrer isolées, ou réunies, et groupées de diverses manières. Quelques circonstances spéciales paraissent plus propres à déterminer l'une de ces formes de préférence aux autres, ainsi les cérusiers sont de tous les ouvriers en plomb les plus souvent affectés d'intoxications métalliques, et presque toujours de colique; au contraire, les fabricants de minium contractent l'arthralgie... Mais il n'est pas rare de voir ces formes se transformer les unes dans les autres, et cela très-souvent sans cause appréciable, car la violence de l'une ne détermine pas plus facilement le développement des autres, que si elle était modérée ou légère.

La colique de plomb est le plus commun de tous ces accidents; elle est à peu près constamment accompagnée d'arthralgie, quelquefois de paralysie et rarement d'encéphalopathie.

L'arthralgie comprend la série des phénomènes que nous avons désignés sous le nom de douleurs diffuses aux extrémités. Le fait de la constante complication de la colique saturnine par l'arthralgie, et de la curation de celle-ci par le traitement rationnel de la première, nous a engagé à lui rattacher ces accidents et à les décrire en tête de ses symptômes généraux; nous les regardons même comme l'un de ses signes caractéristiques. Nous ferons observer cependant que l'arthralgie se montre quelquefois seule, exempte de complication, notamment chez les ouvriers des fabriques de minium, ce qui sans doute aura engagé M. Tanquerel à lui consacrer un chapitre à part; mais ce que nous ne croyons pas suffisant pour l'élever à l'état de maladie distincte, à laquelle on doive accorder une place séparée dans le cadre nosologique. Disons notre pensée tout entière! La colique de plomb elle-même n'est que l'une des manifestations symptomatiques d'une entité morbide, appelée intoxication saturnine, à l'égal de l'arthralgie, de la paralysie et de l'encéphalopathie. Comme les accidents encéphaliques ou pectoraux de la fièvre typhoïde, par exemple, ne sont qu'une manifestation symptomatique de cette affection, à l'égal des phénomènes intestinaux, ou mieux comme les ulcères vénériens de la gorge, ou les tubercules syphilitiques ne sont que des manifestations de la vérole à l'égal des bubons virulents ou des chancres eux-mêmes!!

La paralysie saturnine affecte le mouvement et la sensibilité ou seulement l'une de ces facultés; enfin, elle est partielle ou générale. Ce dernier état, regardé comme impossible par M. Tanquerel, est heureusement fort rare. A la paralysie de la sensibilité se rapporte l'anesthésie de douleur donnée, par M. Beau comme signe caractéristique de l'empoisonnement saturnin. Ce signe est loin de mériter une entière confiance; M. Brachet (de Lyon) dit n'avoir jamais remarqué d'insensibilité absolue, mais l'avoir trouvée relative au degré d'attention concentrée par la douleur principale. On constate d'ailleurs cette anesthésie chez des sujets atteints d'autres coliques que celle de plomb.

L'encéphalopathie saturnine comprend tous les désordres causés vers l'encéphale par la cause spécifique que nous étudions. Elle se traduit par le délire, le coma ou les convulsions qui peuvent être partielles, générales ou revêtir certaines formes particulières : épilepsie, catalepsie, etc. Ces phénomènes, très-variables dans leur physionomie, peuvent se présenter alternativement les uns après les autres, se réunir, se grouper de diverses manières; ou bien un seul d'entre eux peut se montrer et persister pendant toute la durée de la maladie.

La paralysie et l'encéphalopathie saturnines pourraient comporter de longs développements qu'il n'entre point dans notre intention de leur consacrer. Nous craindrions d'ailleurs de faire un hors-d'œuvre en nous appesantissant davantage sur ces accidents qui se montrent assez souvent isolés de la colique de plomb pour mériter, aussi bien que celle-ci, une description à part, et n'exiger qu'une simple mention parmi ses complications, comme nous allons le faire pour les maladies de la cavité abdominale qui peuvent coïncider avec la colique saturnine.

Les complications étrangères au plomb sont bien plus rares que les précédentes. Elles ajoutent leurs signes à ceux de la colique sans apporter à ceux-ci de notables changements et sans en éprouver dans les leurs. C'est donc bien plutôt une coïncidence qu'une complication.

Il est néanmoins important de signaler les maladies inflammatoires du tube digestif qui, s'opposant à l'administration des purgatifs, retardent l'application du traitement rationnel de la colique de plomb et par là aggravent son pronostic; les affections organiques des voies digestives (cancer, hernie, etc.) qui peuvent devenir le siége de douleurs intolérables pendant les accès violents de la colique saturnine; l'anévrisme d'un tronc artériel volumineux, soit du ventre, soit même d'un point plus éloigné, qui peut se rompre sous l'influence des efforts occasionnés par la souffrance; enfin, les affections des voies urinaires, biliaires, qui passent pour n'être point influencées par l'existence concomitante de l'affection de plomb.

Les individus atteints de colique saturnine contractent facilement les épidémies régnantes : dyssenterie, fièvre typhoïde, etc. A la suite de l'épidémie cholérique de 1832, et d'après des recherches faites à l'administration des hôpitaux de Paris, on s'imagina que le choléra avait épargné les ouvriers en plomb et l'on se promit bien de faire de nouvelles recherches à ce sujet si l'occasion s'en présentait; mais on n'a rien signalé de semblable pendant l'épidémie de 1849. Il serait d'ailleurs facile de faire voir que cette immunité prétendue a pris sa source dans une fausse interprétation de chiffres. En effet, l'épidémie de 1832 a exercé ses ravages, à Paris, pendant les mois qui, annuellement, fournissent le moins de malades affectés d'empoisonnement saturnin; il devait donc, pendant le choléra, exister peu de coliques de plomb. De plus, les fabriques de plomb employant moins d'ouvriers pendant ces mêmes mois, l'épidémie avait à s'attaquer à un nombre plus limité d'hommes, ce qui explique également pourquoi on a dû compter peu de morts parmi ces ouvriers. Resterait à savoir si, sur un même nombre d'hommes à professions saturnines et d'hommes de toutes autres

professions, l'on a compté un moins grand nombre de décès chez les premiers. Ce qu'on n'a pas pu faire, parce qu'on ignorait le nombre d'ouvriers employés aux fabriques de plomb. Mais, et cela diminue encore bien plus la valeur numérique dans cette circonstance, on n'a pas même connu exactement le nombre d'ouvriers en plomb morts du choléra dans les hôpitaux de Paris, parce que beaucoup d'entre eux, se livrant à d'autres professions et ne travaillant le plomb que par le manque d'ouvrage de leur état, ont pu se faire inscrire sous le nom de leur profession habituelle, bien qu'ils fussent employés aux fabriques à l'époque de l'épidémie; enfin, parce qu'un très-grand nombre de cholériques n'ont point été inscrits du tout. L'immunité des ouvriers en plomb serait d'ailleurs chose fort remarquable, l'observation de l'hygiène passant pour le plus sûr préservatif du choléra, et ce genre d'ouvriers ne pouvant être considéré, ainsi que tout le monde le sait, comme modèle à suivre en fait d'hygiène.

MARCHE DE LA COLIQUE DE PLOMB.

Nous venons d'achever l'inventaire des signes et des complications de la colique de plomb. Tous ces phénomènes, observés au lit des malades, sont loin de se présenter dans un ordre invariable pendant le cours de l'affection; ils se réunissent, se groupent et s'intriquent de la manière la plus variable, ce qui en rend toujours la marche irrégulière et insidieuse.

La colique saturnine est surtout remarquable par la brusque succession des accidents qui la caractérisent, passant fréquemment d'une forme à une autre, sans transition, comme sans cause apparente, changeant sans cesse de physionomie : tantôt violente, tantôt légère, pour redevenir bientôt violente ou modérée.

Il en est de même de la variabilité de ses accès, de leur fréquence et de l'époque de leurs retours.

Enfin, cette maladie présente cela de particulier, que celui qui en a été affecté se voit souvent frappé d'une rechute des plus violentes au moment où il se croyait définitivement guéri.

PRONOSTIC DE LA COLIQUE DE PLOMB.

Malgré cette marche défavorable en apparence, la colique de plomb se termine presque toujours par le retour à la santé; et, quand la mort survient, elle est en général due aux complications. C'est donc une maladie peu grave par elle-même.

Les complications aggravent diversement le pronostic; les accidents cérébraux, l'épilepsie surtout, font souvent périr le malade; certaines lésions des viscères abdominaux contre-indiquent l'emploi des purgatifs et réclament un traitement inefficace contre l'affection de plomb.

En revanche, il paraît qu'on a vu disparaître, avec la colique de plomb, quelques lésions contre lesquelles la thérapeutique avait été jusque-là impuissante.

La durée de la maladie doit varier suivant les mêmes circonstances.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

A voir la symptomatologie d'une colique de plomb violente, on croirait

qu'elle est la traduction d'altérations anatomiques fort graves, et quelques auteurs n'ont point hésité à l'expliquer par les désordres physiques les plus divers et les plus effrayants : « Le plomb, dit Alibert dans sa *Thérapeutique*, est un » des poisons les plus *terribles* qui puissent affecter l'estomac et le canal intes- » tinal ; pour en juger, il suffit de porter son attention sur l'ouverture des indi- » vidus morts à la suite d'une colique saturnine, qui offre quelquefois des traces » manifestes d'inflammation, de gangrène, des rétrécissements *extraordinaires* » du tube alimentaire, le pylore et le duodénum affectés de squirrhosités, etc. »

La vérité est pourtant que l'anatomie pathologique de cette affection est à peu près nulle, et que les ouvertures de cadavres n'ont fourni, jusqu'à présent, que des résultats contradictoires. Ainsi, tandis que Dehaen et M. Mérat signalent la constriction du colon comme à peu près constante, M. Andral déclare ne l'avoir jamais rencontrée ; et, tandis que Henckel, Astruc, Fodéré, et plus récemment M. Renauldin, disent avoir constaté des altérations anatomiques de nature inflammatoire dans le canal intestinal, et que ce dernier ajoute avoir vu des désordres divers dans les centres nerveux, M. Andral n'a trouvé aucune lésion appréciable, soit dans le tube digestif, soit dans le cerveau, soit dans la moelle épinière, soit dans les nerfs qui en partent.

Nous pourrions ainsi opposer les uns aux autres tous les auteurs qui ont été à même de faire des recherches nécroscopiques sur cette maladie, sans en retirer un grand avantage. Que concluerons-nous donc de cet état contradictoire de la science ? Que les altérations de texture (congestions, ramollissements partiels, épaississements de la muqueuse intestinale, hypertrophie des follicules, tassement, coarctations des intestins), constatées sur les cadavres d'individus qui ont succombé à la colique de plomb, ne sauraient être considérées comme caractéristiques de cette affection, puisqu'elles ne sont pas constantes et qu'elles font défaut dans la moitié des cas environ ; par suite, qu'il faut les rapporter, soit *aux complications*, soit *à l'effet* de la maladie.

Les congestions, les ramollissements, les épaississements de la muqueuse intestinale, par exemple, doivent évidemment être rapportés aux complications, quelquefois même au traitement trop actif employé contre les accidents saturnins ; tandis que la contraction et le tassement des intestins nous semblent bien plutôt devoir être la conséquence de la colique saturnine. La cachexie métallique, la coloration spéciale des gencives sont encore dans le même cas.

La cachexie qui survient chez tous les gens longtemps exposés aux émanations métalliques, tels que cérusiers, étameurs de glaces, etc., paraît produire chez eux la diminution des globules, la fibrine et les autres éléments du sang restant en quantité normale. Mais, tant que cette cachexie n'est point survenue, le composé de plomb est seulement mélangé au sang, dissous dans son sérum, sans effectuer avec lui de combinaison chimique capable de l'altérer dans sa composition.

Les organes qui ont été le siége des altérations symptomatiques (tube intestinal, foie, rate, cerveau, etc.), contiennent du *plomb d'intoxication* qu'il est facile de distinguer du *plomb normal* ou *physiologique*, suivant M. Orfila. En

effet, l'un et l'autre ayant pénétré dans les organes de la même manière ne peuvent s'y distinguer que par la différence de quantité; aussi l'eau bouillante dissout-elle celui qui est en excès, c'est-à-dire le plomb d'intoxication, tandis que le plomb physiologique est inappréciable par ce moyen. Pour obtenir ce dernier, il faut calciner l'urine, ou le tissu quelconque qui le renferme, traiter le charbon par l'acide nitrique et faire traverser le liquide filtré par un courant d'acide sulfhydrique pour précipiter le métal à l'état de sulfure noir de plomb, qu'on pourra alors recueillir sur le filtre.

Les complications saturnines qui se traduisent souvent par les signes les plus effrayants et les plus désordonnés, sont tout aussi muettes d'altérations pathologiques à l'ouverture des cadavres. A peine trouve-t-on à signaler le *tassement* de la substance cérébrale observé chez quelques sujets morts d'épilepsie saturnine (1). Encore n'est-il pas bien sûr que ce tassement ne dépende pas de quelque autre cause non éclaircie jusqu'à ce jour.

SIÉGE ET NATURE.

La connaissance exacte de la nature et du siége véritable de la colique saturnine ressort naturellement de tout ce qui précède; sa *nature*, c'est un *empoisonnement*; son *siége*, c'est l'*intestin*.

Les signes caractéristiques de la colique de plomb se montrant toujours à la suite de l'introduction, au sein de l'économie, d'une substance hétérogène, le plomb; d'une autre part, l'étude du développement de cette affection permettant toujours de suivre la substance hétérogène dans l'économie depuis son introduction jusqu'à la production des accidents; enfin, l'analyse chimique démontrant cette même substance dans les organes qui ont manifesté des phénomènes morbides, il est évident que la colique de plomb est un *empoisonnement*, c'est-à-dire une affection causée par une substance absorbable (le plomb), susceptible de s'accumuler, de se localiser dans les tissus vivants, de s'unir à la matière même de ces tissus et, conséquemment, d'exercer sur l'économie une action délétère assez violente parfois pour entraîner la mort.

La colique saturnine, tout en remplissant ces conditions diverses, comporte en outre un mode spécial, lent et gradué d'absorption du toxique qui fait de cette affection un *empoisonnement spécial* qu'on ne peut pas confondre avec l'*empoisonnement à haute dose* par le même composé de plomb, tant à cause de ses symptômes différents que par l'absence de toute lésion organo-pathologique. On ne saurait trop insister sur cette distinction capitale!

Quelle est l'essence même de cet empoisonnement spécial qui constitue la colique de plomb, c'est-à-dire quel est l'acte intime, la modification moléculaire insaisissable résultant du contact du métal, de son union momentanée avec les tissus vivants, et sur quels tissus agit-il plus particulièrement? Voilà ce qu'il est difficile de dire, l'anatomie pathologique étant muette d'altérations caractéristiques! L'ignorance dans laquelle nous sommes à cet égard, et que nous

(1) Les circonvolutions cérébrales sont aplaties et leur consistance est diminuée. Laënnec regardait cela comme une hypertrophie cérébrale, ce qui ne paraît pas exact.

avouons volontiers, est d'ailleurs la même que nous devons confesser toutes les fois que nous avons à expliquer le phénomène intime résultant de l'action des corps extérieurs sur nos organes. Que savons-nous, par exemple, de l'action moléculaire produite par les poisons les plus subtils, par les médicaments même les mieux connus, par l'opium que nous employons tous les jours ? Absolument rien ! et quand nous devons donner la raison du phénomène, quand nous devons dire, par exemple, pourquoi l'opium fait dormir, nous ne pouvons que répondre avec Molière : *Quia est in eo virtus dormitiva*, quelle que soit d'ailleurs la périphrase plus ou moins savante employée pour déguiser cette même pensée ! Disons donc, sans pousser plus loin cette recherche inutile de l'action moléculaire insaisissable du composé plombique sur l'économie, que la colique saturnine est un empoisonnement spécial ! Et par là nous aurons exprimé qu'il est un phénomène distinct, bien déterminé, qu'on ne peut confondre avec aucun autre ! Tout n'est-il pas spécial dans les actes vitaux ?

Voilà pour la *nature* de l'affection saturnine. Les symptômes et les lésions anatomiques, effets de cette maladie, ne laissent pas de doute sur son *siége* dans l'intestin. Celui-ci est donc en dernière analyse l'aboutissant ordinaire de l'empoisonnement saturnin. Toutefois la manifestation locale désignée sous le nom de colique de plomb, n'est pas cet empoisonnement tout entier ; car quand même le phénomène *colique* est isolé de toute autre altération pathologique, il n'en est pas moins vrai que le poison existe vers tous les organes, continuellement charrié par le sang qui le met en contact immédiat avec toutes les parties du corps humain et contribue à lui faire exécuter l'échange incessant qui se produit invariablement autour de toutes les voies éliminatoires insuffisantes, cause première et la plus efficace de l'apparition des accidents.

Que si l'intestin seul révèle l'action toxique du plomb, c'est que lui seul, entre toutes les voies d'issue de ce poison, peut accuser sa présence par un effet sensible. Que peut, en effet, l'action physiologique du composé saturnin à la peau, à la muqueuse respiratoire, voire même à toute la portion sus-diaphragmatique du tube digestif ? Évidemment peu de chose dans l'état de santé ! Vers le rein, l'astriction saturnine suspend quelquefois momentanément la filtration urinaire. Vers l'intestin, au contraire, la même action est bien plus propre à détruire des circonstances fonctionnelles indispensables : là un mouvement continuel, péristaltique, est destiné à faire cheminer le résidu de la digestion ; là une sécrétion abondante doit lubrifier sans cesse l'intestin pour faciliter ce glissement. Vienne l'action astringente du plomb ! La sécrétion intestinale n'humidifie plus les surfaces et le résidu fécal, endurci lui-même, a peine à continuer le parcours intestinal ; en même temps, l'intestin tout entier, mais le colon surtout, est atteint dans sa puissance contractile par l'astriction du métal ; qui le fait se resserrer sur les fèces, et celles-ci, déjà ralenties dans leur course par la sécheresse du canal ont la plus grande peine à parvenir au terme du voyage quand le mouvement péristaltique vient à diminuer. Enfin, la difficulté augmentant sans cesse par ces causes réunies, une portion de matières endurcies s'arrête dans un point du trajet, presque toujours dans le colon, et devient le noyau contre lequel toutes les autres vont être retenues. Dès lors la constipa-

tion est produite et trouve, dans ce point d'arrêt, l'occasion de devenir plus opiniâtre à chaque instant.

Sous l'influence de tous ces embarras, l'intestin devrait s'irriter et tendre à repousser, comme corps étrangers, les masses fécales qui l'obstruent ; mais le contact du plomb empêche l'inflammation, et ce qui devrait provoquer le déharras de l'économie n'est qu'une nouvelle cause de prolongation et d'aggravation des accidents.

En résumé, diminution et peut-être suspension complète de la sécrétion intestinale, perversion de la contractilité des tuniques du tube digestif se traduisant par une contraction quelquefois violente, toujours irrégulière de la partie supérieure, par la paralysie ou du moins par la diminution de la contractilité dans la portion inférieure : tel est l'effet de la présence du plomb dans le tube digestif, telle est aussi l'origine de la constipation.

L'arrêt des sécrétions séro-muqueuses de l'intestin et la perversion de la contractilité des membranes du canal digestif, ne pouvant s'effectuer que sous l'influence du système nerveux, à l'égal de tous les phénomènes fonctionnels, nous devons rapporter la diminution des sécrétions (1) au système nerveux ganglionnaire, seul chargé de cette fonction, et la perversion de contractilité au même système, comme effet secondaire, et à l'appareil cérébro-spinal, comme fait primitif, sans essayer toutefois d'expliquer pourquoi et comment le plomb agit sur la fibre nerveuse pour produire ces troubles, ce qui nous ramènerait à la discussion sur la nature intime des accidents saturnins. Un peu plus loin, nous n'essayerons pas davantage d'expliquer l'acte sensible constituant la *douleur* et qui, quelle qu'en soit la cause, doit être rapporté à l'appareil nerveux cérébro-spinal.

La constipation, le premier, le plus important de tous les signes de la colique de plomb, une fois produite, entraîne après elle le cortége de tous les symptômes qui caractérisent cette affection et permet de les expliquer avec facilité. Elle engendre d'abord la douleur, et voici comment : le colon descendant, avons-nous dit, est rempli de matières fécales ; tandis que le reste de l'intestin est distendu par des gaz accumulés au-dessus de ces matières ; la douleur siége dans cette dernière portion ; elle tient aux contractions vermiculaires dont les efforts se brisent contre l'accumulation des fèces sans pouvoir les expulser. Elle doit tenir aussi à la distension difficile des intestins par les gaz retenus entre les masses de ces matières endurcies, et à l'action crispante du métal sur les tuniques alimentaires.

Cette astriction est surtout manifeste au début de la colique saturnine, quand il n'existe pas encore de constipation. Il n'est pas rare, en effet, de voir des ouvriers en plomb se plaindre d'un embarras douloureux de l'abdomen, d'une sensation de lourdeur, de plénitude et d'un besoin incessant d'aller du ventre,

(1) On a voulu rendre compte de cet arrêt des sécrétions par la coagulation de l'albumine du sang dans le système de la veine-porte, sous l'influence du métal ; mais cette explication n'est pas admissible, puisque le chloro-plombate alcalin est plus soluble en présence de l'albumine, et que celle-ci n'est point précipitée. Il y a là, d'ailleurs, plus qu'un fait chimique ; il y a bien certainement un phénomène vital nécessitant l'intervention du système nerveux pour sa production !

malgré des selles plus ou moins régulières quant à leur fréquence; mais ces selles sont difficiles, semi-liquides, entremêlées de masses dures, noirâtres et souvent arrondies, etc. Ce n'est pas là encore de la constipation sans doute, mais c'est bien manifestement l'influence astringente, crispante du métal sur la fibre intestinale, influence qui m'a toujours paru précéder la douleur, et que je considère comme le premier pas de la constipation.

J'ai dit influence *crispante* du métal, parce qu'il existe bien positivement un certain resserrement des tissus. Cela explique la pression que les tuniques intestinales semblent exercer sur les matières qu'elles renferment et par suite la production des petites crottes rondes et dures que les malades rendent au début de l'affection. L'astriction du métal sur les vaisseaux rend encore compte de la lenteur et de la dureté du pouls dans la maladie qui nous occupe, etc.

La pression diminue quelquefois les douleurs de ventre, parce que, transmise aux intestins à travers la paroi abdominale, elle en suspend les contractions irrégulières. Le même phénomène déplace le siége de la douleur, parce qu'il fait voyager les matières qui remplissent l'intestin.

Les éructations tiennent à un développement considérable de gaz qui semblent remplacer la sécrétion séro-muqueuse de l'intestin.

Le météorisme, quand il se rencontre, est dû à la distension de l'intestin par ces mêmes gaz qui ne sortent pas suffisamment par les éructations.

Leur voyage dans le canal digestif explique également bien les borborygmes.

Tous les autres phénomènes qui se groupent autour des précédents, en sont la conséquence et s'expliquent avec une égale facilité.

Enfin, quelques phénomènes sont sous la dépendance plus immédiate de l'intoxication saturnine et tiennent au contact direct du plomb; tels sont les crachats sucrés, la coloration des gencives, l'arrêt de la sécrétion urinaire, les douleurs diffuses des extrémités, etc.

Des considérations précédentes, il résulte que la constipation est le phénomène capital de la colique de plomb et l'unique cause de tous les accidents (1); qu'elle dépend de l'action intime du plomb sur les tuniques intestinales, c'est-à-dire de l'arrêt de la sécrétion séro-muqueuse et de la diminution dans la contractilité, peut-être même de la paralysie de la portion inférieure du gros intestin; que la colique saturnine est une maladie *locale* du tube digestif, survenant à l'occasion de l'élimination du plomb par la voie de la sécrétion intestinale; que cette colique n'est qu'une partie d'un tout dont l'ensemble constitue l'intoxication saturnine, et par suite qu'on a tort de l'étudier comme une entité morbide complète, lorsqu'il serait plus rationnel de la rattacher au phénomène le plus général, l'intoxication saturnine (2).

(La suite au prochain N°.)

---

(1) Gardane, Chomel, Andral, Bouillaud, Brachet, les auteurs du *Compendium de médecine pratique*, etc., partagent cette opinion.

(2) Pour étudier convenablement l'empoisonnement par le plomb, il faudrait grouper

Mémoire sur les névroses fébriles; *par M. le docteur* Liégey, *Membre correspondant, à Rambervillers (Vosges)*. — (*Suite et fin*. *Voir notre cahier de mai, p. 414.*)

CAUSES INDIVIDUELLES.

1° *Sexe.* Nos névroses (névralgies et pyrexies) s'attaquent bien plus aux femmes qu'aux hommes.

2° *Age.* C'est l'enfance qui fournit le plus de maladies ; c'est la vieillesse qui, proportionnellement, contribue le plus à la mortalité.

3° *Constitution, tempérament.* Ces névroses n'ont épargné aucune constitution, aucun tempérament, mais elles se sont produites bien plus souvent, proportion gardée, chez les personnes d'une constitution faible, d'un tempérament nerveux, lymphatique, constitution et tempérament qui deviennent de plus en plus communs, tandis que le tempérament franchement sanguin devient de plus en plus rare.

4° *Diverses phases physiologiques.* Ces maladies, pour se produire, semblent préférer certaines circonstances physiologiques où le système nerveux est le plus impressionnable et l'organisme affaibli. Ces circonstances sont :

a. *La première dentition.* J'ai vu beaucoup d'enfants chez qui l'éruption de chaque dent, pour ainsi dire, donnait lieu à des accès de fièvre intermittente à forme convulsive ou autre, dont le quinquina faisait justice. On peut dire, d'une manière générale, que l'éruption des premières dents est plus douloureuse, cause plus souvent des accidents aujourd'hui qu'autrefois.

b. *La seconde dentition.* Le renouvellement des dents est aussi une cause occasionnelle très-fréquente d'accidents nerveux. En général aussi, la chute des premières dents et la sortie des autres dents sont plus douloureuses qu'autrefois ; et souvent d'une des premières dents cariées ou nécrosées, s'irradient, dans tout un côté de la face, des douleurs que j'ai vues se reproduire d'une manière périodique, et qui, alors, ont été traitées aussi avec succès par le quinquina, même avant l'avulsion de cette dent.

c. *La perte des secondes dents.* Ce que je viens de dire des premières est applicable à celles-ci, qui, en général, s'altèrent plus tôt qu'autrefois. En effet, il est moins commun maintenant qu'autrefois, dans notre ville surtout, de voir, à un âge encore peu avancé, l'intégrité de la denture, et cela est surtout remarquable chez les femmes. C'est que les névralgies, qui affaiblissent la constitution, en se localisant vers les mâchoires, hâtent les progrès de la carie, si même elles ne produisent celle-ci.

d. *La menstruation.* Dans la première partie de ce travail, j'ai dit que chez

toutes les formes que M. Tanquerel a séparées avec soin, faire voir leur enchaînement inséparable, leur mutuelle intrication ; dire que, dérivant de la même cause, elles se compliquent le plus souvent les unes les autres et réclament, à peu de chose près, le même traitement, puisqu'elles ont la même indication capitale : évacuer le plomb hors de l'économie.

le plus grand nombre des filles et des femmes, de la campagne aussi bien que de la ville, cette fonction ne se faisait pas d'une manière normale; que, chez les unes l'écoulement sanguin était trop peu abondant, presque nul ou même nul; que chez d'autres, à chaque époque il se produisait une véritable perte; que, souvent enfin, la fonction avait lieu d'une manière plus ou moins irrégulière. A ce qui précède, j'ajouterai ceci : vers l'époque de cette fonction, la plupart des femmes et des filles éprouvent des troubles nerveux variables quant à la forme, à la durée et à l'intensité. Il en est beaucoup qui n'offrent qu'alors des accès névralgiques par exemple, et qui, ensuite, sauf un peu d'affaiblissement et une impressionnabilité plus grande que de coutume, recouvrent leur santé habituelle. Mais il faut dire que, pour un certain nombre, cette reproduction d'accidents plus ou moins passagers est un acheminement vers une affection plus ou moins grave, une pyrexie, ainsi qu'on a pu en voir des exemples dans les observations que j'ai citées. Dans la généralité des cas, l'invasion de cette affection se produit peu avant, pendant ou peu après l'époque menstruelle, et le retour de celle-ci dans la convalescence ou au déclin de la maladie, est presque toujours marqué par le retour incomplet des accidents, ou une aggravation ordinairement passagère, mais qui m'ont souvent fait croire à une imprudence commise.

e. *La grossesse.* J'ai vu souvent la grossesse être l'occasion de névralgies et de pyrexies. Dans cette circonstance, la localisation des accidents se produit généralement vers l'abdomen, et particulièrement à la matrice, ce qui explique en grande partie la fréquence des fausses couches depuis quelques années.

f. *L'accouchement.* Les perturbations nerveuses même bénignes, qui ont lieu pendant la grossesse, peuvent, si surtout elles sont accompagnées d'un peu de mouvement fébrile intermittent, se transformer en fièvre grave lors du travail de l'accouchement. J'ai vu un certain nombre de cas de ce genre, qui ne se sont pas tous terminés aussi heureusement que celui d'une jeune femme de Clésantaine que je trouvai, dans la nuit du 12 au 13 février 1852, en proie à la fièvre éclamptique intermittente, et que je sauvai par l'emploi des préparations de quinquina. L'accouchement, au déclin des accidents, se fit sans l'intervention de l'art. La mort de l'enfant paraissait remonter à plusieurs jours.

g. *Les suites de couches.* Au lieu de faire invasion pendant le travail de l'accouchement, les accidents qui s'étaient montrés en germe, à l'état prodromique pendant la grossesse, peuvent, et cela a été plus commun que le cas précédent, ne se produire qu'après le travail. Je pourrais citer plus d'une femme promptement enlevée de cette manière après un accouchement facile, mais qui, dans la grossesse, avait eu des accidents prodromiques. Parmi les observations contenues dans ce travail, il en est de relatives à des pyrexies produites après l'accouchement, dans lesquelles la terminaison a été heureuse.

h. *L'âge du retour.* Dans les circonstances présentes, on peut dire que cet âge est véritablement plus critique qu'autrefois, qu'il expose davantage la santé des femmes. Cet âge, en effet, est souvent l'occasion, non-seulement de pertes

plus fréquemment des névralgies et de pyrexies, mais plus fréquemment aussi d'affections organiques.

5° *Maladies antérieures.* L'affaiblissement d'un organe par une maladie antérieure, non-seulement prédispose aux névroses, mais aussi tend à localiser la perturbation vers cet organe. J'ai dit plus haut ce qui arrivait dans le cas d'une altération matérielle préexistante.

6° *Influences traumatiques.* Les violences extérieures, les chutes, les coups, les contusions, les blessures, le simple ébranlement physique, ont souvent joué le rôle de cause occasionnelle dans ces maladies.

Il serait trop long de relater ce que j'ai vu en ce genre; je me bornerai à indiquer les principaux faits.

Observation 1re. — Un homme, d'un âge mûr, fait une chute de cheval qui ne lui occasionne aucune lésion appréciable. Dès le lendemain, il éprouve une névralgie faciale qui se reproduit sous le type périodique, et guérit sous l'influence de l'emploi du sulfate de quinine.

Observation 2e. — Un vieillard, peu de temps après s'être heurté la poitrine contre un timon de charlot, et sans qu'il en fût résulté non plus de lésion appréciable, a succombé dans un accès pernicieux syncopal.

Observation 3e. — Un homme jeune encore, étant en état d'ivresse, tombe sur le pavé, se fait une plaie à l'occiput, et perd une assez grande quantité de sang. Bientôt après, il est pris d'un délire intermittent, qui cède promptement à l'administration du sulfate de quinine.

Observation 4e. — Un jeune garçon, dans une rixe, reçoit à la tête un coup qui lui occasionne une plaie contuse de peu d'importance par elle-même. Au bout de quelques jours, délire fébrile intermittent qui cède au sel fébrifuge.

Observation 5e. — Un enfant de 13 ans tombe d'un arbre et se fait une plaie de médiocre étendue à l'occiput. On le relève en perte de connaissance. Pendant deux jours, il éprouve des phénomènes de commotion cérébrale. Ensuite, après avoir paru être en convalescence, il est pris d'un délire fébrile qui reparaît sous le type quotidien et qui guérit par le sulfate de quinine.

Observation 6e. — Un homme déjà âgé reçoit, dans la région épigastrique, un coup de poing d'une violence médiocre, et le jour même il est pris d'une fièvre rémittente à forme péritonitique, à laquelle il succombe en deux jours, malgré ce que je pus faire.

Observation 7e. — Un charpentier, d'une cinquantaine d'années, tombe d'un échafaudage. Relevé en perte de connaissance, il ne tarde pas à revenir à lui et offre de légères lésions à la tête et au dos. On lui fait une saignée, on lui met quelques sangsues. Au bout de peu de jours, le membre supérieur droit est pris de névralgie avec paralysie d'abord intermittente, puis bientôt continue, mais à des degrés variables, affection qui guérit par l'emploi du sulfate de quinine, du calomel et des vésicatoires volants.

Observation 8e.— Une femme de 70 ans tombe d'un grenier dans une grange, se fracture la cuisse gauche non loin du col du fémur. Un déplacement considérable a lieu. Je réduis cette fracture; j'applique un appareil simplement con-

tentif, en attendant que je puisse me procurer l'attelle extensive de Boyer, dont l'emploi me paraît indiqué, dans le but d'avoir le moins de raccourcissement possible. Point d'accidents notables pendant trois jours ; mais ensuite, bien que l'appareil ne soit que médiocrement serré et que, jusqu'alors, il ait maintenu les fragments dans un état de coaptation aussi exacte que possible, la malade éprouve de violentes douleurs crampeuses dans le membre fracturé, douleurs non continues ; de la névralgie, de la céphalalgie, des coliques, un flux dyssentérique, des nausées, de la dyspnée, du délire, des demi-syncopes ; phénomènes se succédant rapidement et s'accompagnant de stades fébriles. Je m'empresse d'administrer les préparations de quinquina (sulfate de quinine et quinquina dans du café noir), et, sous l'influence de ces seuls moyens, dont l'emploi est répété, j'obtiens la guérison de cette fièvre pernicieuse, guérison dont la rapidité m'étonne, attendu l'âge de la malade, qui, il est vrai, est encore d'une constitution forte. Treize jours après la chute, alors qu'il n'existait plus rien que la fracture mal maintenue, j'applique l'attelle mécanique, j'établis une extension légère que la malade supporte assez difficilement pendant deux mois et demi environ. A cette époque, je suis obligé d'ôter l'appareil parce qu'il s'est produit au talon, malgré les précautions prises, une ulcération qui cause de vives douleurs. Il n'y a pas alors de difformité sensible ; mais ensuite, le cal n'étant pas assez solide, il se produit un raccourcissement qui, aujourd'hui et depuis longtemps déjà, n'empêche pas cette femme, d'ailleurs bien portante, de faire, à l'aide d'un bâton, en boitant, il est vrai, d'assez longues courses à pied.

Observation 9e. — Dans la première partie de ce travail, j'ai cité un cas dans lequel, à la suite d'une plaie de la main par l'explosion d'une arme à feu, il s'était produit une hémorrhagie intermittente, traitée avec un prompt succès par le quinquina.

J'ai vu la cause traumatique déplacer une névralgie préexistante ; voici deux faits de ce genre :

Observation 10e. — Une femme, atteinte depuis quelque temps d'une névralgie faciale intermittente, se heurte la poitrine contre une table. Bientôt cette région devint le siége de douleurs intermittentes et celles de la tête cessèrent. Guérison par le quinquina.

Observation 11e. — Une femme, souffrante depuis longtemps de douleurs gastralgiques, se donne dernièrement un coup à la pommette. Le jour même, vives douleurs faciales qui, deux jours de suite, se reproduisent à la même heure. Pendant ce temps, absence complète des douleurs gastralgiques. Le quinquina empêche les douleurs faciales de se reproduire ; mais la gastralgie a de nouveau reparu et dure encore.

On pourrait assimiler aux causes traumatiques les manœuvres nécessitées dans certains accouchements. J'ai vu des pyrexies dont ces manœuvres avaient été la cause occasionnelle.

7° Influences morales. Des émotions morales pénibles, déprimantes, ont souvent aussi joué le rôle de cause déterminante des pyrexies.

Observation 1re. — Un enfant de 7 ans s'effraie à l'aspect d'un homme ivre

qui semble vouloir se jeter sur lui. Le lendemain, cet enfant est en proie à une fièvre pernicieuse à forme délirante, qui l'emporte en 48 heures.

OBSERVATION 2e. — Une femme, dont la domestique est gravement atteinte par une fièvre de ce genre et qui ne tarde pas à l'enlever, se figure qu'elle aura, elle aussi, la même maladie; et cette femme, en effet, ne tarde pas à être en proie à une pyrexie grave, dont elle guérit, mais après beaucoup de temps et de souffrances.

OBSERVATION 3e. — En 1848, une dame de notre ville, se trouvant à Paris, voit sous les fenêtres de l'hôtel qu'elle habite, des scènes de guerre civile, le sang couler. Elle revient, et, peu de jours après son arrivée, elle est en proie à des accidents cholériformes auxquels elle succombe.

Nul doute pour moi que la crainte du choléra n'ait joué un grand rôle dans la propagation de ce fléau, et c'est autant cette conviction que mon opinion au sujet de la nature de cette maladie, qui fait que, comme je l'ai dit ailleurs (*Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses*), je m'abstiens de prononcer le mot de choléra dans ma clientèle et que je le remplace par celui de fièvre.

8° *Conditions sociales*. Si ces maladies n'ont pas entièrement épargné les personnes aisées ou riches, habitant des maisons salubres, elles ont plus souvent pénétré dans la demeure du pauvre.

9° *Professions*. Les professions sédentaires ont été plus atteintes que les professions actives au dehors. Par exemple, les brodeuses, dont le nombre s'est singulièrement accru depuis quelques années, ont fourni un fort contingent de malades.

Une chose qui montre d'une manière bien évidente la nocuité de la vie sédentaire, c'est que, dans le temps des travaux les plus pénibles, le nombre des malades est beaucoup moindre parmi les habitants de nos campagnes que dans les temps où ces travaux ne sont pas en vigueur, dans la saison où le paysan vit retiré au coin de son feu.

Il est à remarquer aussi que l'invasion de la plupart de nos maladies, de la plupart des paroxysmes ou des accès, a lieu pendant la nuit.

10° *Excès*. Les excès de divers genres viennent en aide au développement de ces maladies. Cependant je dois dire que j'ai eu très-peu d'ivrognes à traiter. Pourtant ces gens-là ne font pas toujours usage de liquides d'une nature irréprochable : ces liquides sont au contraire souvent frelatés.

La nocuité, moindre aujourd'hui qu'autrefois, des excès alcooliques vient, à mon avis, de ce que la constitution en général est modifiée dans le sens asthénique. C'est aussi de cette manière que j'explique la tolérance remarquable de la plupart des malades ou des convalescents pour les substances alcooliques, tolérance dont j'ai déjà parlé et dont je dirai encore un mot tout à l'heure.

Ce qui vient d'être dit à propos des excès alcooliques est également applicable aux excès en matière alimentaire, quand, du moins, les aliments sont de nature tonique et non indigeste; car souvent l'usage excessif des fruits ou d'aliments lourds a servi de cause déterminante à des affections plus ou moins graves, à la fièvre cholérique par exemple. Mais loin de moi l'idée de prêcher des excès qui ont toujours pour effet de dégrader l'homme!

TRAITEMENT.

En tête des agents thérapeutiques dont l'emploi est indiqué dans nos maladies actuelles, il faut placer les antipériodiques, car c'est chose commune, en certains temps surtout, de voir, comme je l'ai dit et comme on l'a vu dans les cas précités, ces maladies offrir ses types rémittent, intermittent, souvent bien tranchés et d'une périodicité marquée.

En tête des antipériodiques, je place les préparations de quinquina. Pendant quelque temps je fus bien timide à l'endroit de l'usage du sulfate de quinine, que d'abord je n'employais guère qu'en lavement ou par la voie dermique. Puis, à mesure que je vis plus clair dans ce champ de maladies, je m'enhardis et, sans abandonner entièrement ces modes d'administration, je finis par leur préférer de beaucoup la voie gastrique, et je n'ai plus craint de faire prendre de cette manière, à doses élevées, le sel fébrifuge, quand l'indication s'en est présentée. Toutefois, je dois dire que, même dans les pyrexies graves, jamais ces doses n'ont été énormes; que généralement, fractionnées ou non, elles n'ont pas été de plus de 1 gramme dans les douze heures; que, bien rarement, la quantité administrée dans ce laps de temps a dépassé 2 grammes. Pour les simples névralgies, 50 à 60 centigrammes ont ordinairement suffi.

Pendant longtemps je n'ai employé d'autre fébrifuge que le sulfate de quinine; mais, ensuite, j'ai associé à ce sel végétal le quinquina en substance, l'extrait ou la teinture de l'écorce du Pérou. J'ai abandonné à peu près entièrement le mode d'administration sous forme de pilules, parce que, sous cette forme, l'action médicamenteuse est moins rapide. Lorsque je fais choix, ce qui est le plus ordinaire, de l'association du quinquina en poudre au sulfate de quinine, j'administre ces substances soit dans de l'hostie mouillée ou la pulpe d'un pruneau trempé, soit dans une infusion de valériane édulcorée ou de café sucré. Ce dernier mélange déplait le moins en général.

Pour administrer les préparations de quinquina, je n'ai pas absolument besoin qu'il y ait des rémittences ou des intermittences bien tranchées. Dans un cas grave, où il y a continuité sans rémittences appréciables, il me suffit, pour faire usage de cette médication, de reconnaître, d'après les renseignements, que ces rémittences ou ces intermittences existaient soit dans une autre phase de la maladie, soit même seulement dans les prodromes.

Les affections rémittentes ou intermittentes les plus bénignes en apparence, pouvant se transformer en pyrexies graves, leur servir de prodromes, il est important, quand ces affections de l'ordre prodromique ne cèdent pas à l'emploi d'autres moyens, de les combattre par les antipériodiques, et souvent même il convient de commencer par cela.

Si l'on était toujours à même de traiter ainsi ces affections prodromiques, combien de pyrexies graves, quelquefois promptement funestes, dont on empêcherait l'invasion! Ceci est particulièrement applicable à la forme cholérique (choléra modifié par notre constitution médicale), dont les prodromes, qui manquent bien rarement, pour ne pas dire jamais, sont variables, ne consistent pas toujours chez nous en un flux, qui quelquefois est intermittent.

Pour ne pas s'exposer à voir les récidives se produire, récidives si fréquentes et si faciles, il faut continuer l'administration des fébrifuges, mais à doses progressivement moindres, jusqu'au delà de la cessation des accidents, c'est-à-dire de ceux qui commencent ordinairement à la période de déclin, qui ne sont autre chose que la reproduction des accidents prodromiques ou leurs analogues, et qui montrent que la perturbation, plus ou moins profonde antérieurement, est redevenue plus ou moins périphérique, superficielle.

Depuis l'époque à laquelle j'ai commencé à observer les maladies en question, mes opinions touchant les contre-indications à l'emploi des préparations de quinquina se sont beaucoup modifiées.

La circonstance d'une lésion organique grave, préexistant à la névrose ou née depuis le début de celle-ci, m'aurait généralement paru une contre-indication, tandis qu'aujourd'hui, sachant qu'une névrose fébrile est capable de produire une affection organique et de hâter la marche de celle préexistante, je considère la même circonstance comme ajoutant à l'indication. Ainsi, par exemple, la production de signes pneumoniques et pleurétiques dans une pyrexie rémittente ou intermittente, me fait hâter l'emploi des préparations de quinquina, que, malgré la toux, je ne crains pas, comme autrefois, de faire prendre par la bouche.

Je ne crains plus d'administrer de cette manière les fébrifuges dans des cas où ont lieu une toux convulsive, croupale, ou des vomissements, manifestations d'une pyrexie; je ne crains plus d'agir ainsi depuis que, maintes fois, cette médication m'a fourni un succès heureux et rapide.

L'âge le plus tendre et la vieillesse ne sont pas non plus des contre-indications; car j'ai vu des personnes presque octogénaires guérir de pyrexies graves par cette médication, ce qui est plus rare, il est vrai, que la guérison aux autres âges; car j'ai vu, chez bien des enfants fort jeunes, la même médication guérir en peu de temps des affections qui, sans cela, les auraient enlevés promptement. Récemment encore, l'administration du sulfate de quinine et du quinquina mélangés dans du café, donnés, bien entendu, à doses proportionnées à l'âge, a guéri en un temps très-court, un enfant de 16 mois, en proie au flux, aux vomissements et à d'autres accidents cholériformes.

Il est une chose, qui souvent facilite l'emploi des préparations de quinquina chez les personnes de différents âges, et qui se produit non-seulement dans la forme cholérique, comme je l'ai cru pendant quelque temps, mais aussi dans la plupart des autres formes morbides graves, c'est la diminution ou même l'abolition complète du sentiment du goût. Ce phénomène a lieu du moins à une certaine période, au degré le plus élevé; car, ensuite, non-seulement le goût revient, mais il s'exalte quelquefois au point que la moindre amertume est trouvée insupportable. La coïncidence de cette exaltation du goût avec un sentiment de malaise épigastrique après l'usage du remède, auparavant sans effet de ce genre, m'a, plus d'une fois, le malade se trouvant mieux d'ailleurs, indiqué que le remède antipériodique avait été suffisamment employé.

Depuis deux ans environ, j'expérimente divers succédanés du quinquina, dont la plupart ne m'ont donné aucun résultat avantageux.

A titre de réparation due à un agent thérapeutique antipériodique contre lequel j'avais auparavant la plus grande prévention, et dont j'essayai d'abord bien timidement l'emploi, je dirai que l'arséniate de soude m'a fourni quelques succès. Les deux faits les plus intéressants de ce genre sont : l'un relatif à une fièvre intermittente convulsive avec analgésie du membre inférieur droit, chez un vieillard, et dont la guérison fut entièrement opérée par cette préparation arsénicale (*Revue thérapeutique du Midi*, livraisons des 15 et 30 avril 1855); l'autre relatif à une fille, jeune encore, qui vient d'être délivrée, principalement par la même médication, d'une névralgie brachiale et thoracique intermittente fébrile, qui affectant tantôt superficiellement, tantôt plus ou moins profondément la poitrine, donnait lieu, dans ce dernier cas, parfois à des hémoptysies simulant un symptôme d'une lésion organique grave, dont il n'existait pas le moindre vestige.

Ces succès, et la cherté beaucoup moindre des préparations arsénicales que des préparations de quinquina, m'engagent à faire désormais un usage assez fréquent des premières. Mais, pourrai-je jamais, sous le rapport de l'efficacité, les mettre au même rang que les secondes? Je ne l'espère point; longtemps encore, dans un cas de perniciosité, j'aurai préférablement recours au quinquina.

Si, dans beaucoup de cas, les préparations de quinquina font à elles seules tous les frais de la guérison, dans un certain nombre d'autres il faut employer une médication auxiliaire. Les principaux auxiliaires du traitement fondamental des affections intermittentes ou rémittentes sont :

1° *Les émétiques.* Lorsque dans ces affections, il y a des signes d'embarras gastrique, et qu'il n'existe pas de danger imminent, j'administre l'ipécacuanha ou le tartre stibié, plus ordinairement le premier que le second, à dose vomitive avant l'emploi des préparations de quinquina. Quelquefois, dans le courant de la maladie, le renouvellement de l'embarras gastrique, un état catharral ou bilieux prononcé, me font revenir à plusieurs reprises à la médication émétique, que je fais ainsi alterner avec la médication antipériodique.

C'est surtout par le déplacement de l'influx nerveux que les émétiques, d'où résultent souvent des sueurs, agissent puissamment dans certaines pyrexies pendant les paroxysmes, pendant les accès, dont ils peuvent, ainsi que je l'ai vu souvent, diminuer la durée et l'intensité. J'ai souvent mis cette action à profit dans les névroses localisées vers les organes respiratoires, et souvent aussi de cette manière, j'ai pu hâter le retour d'une intermittence, rendre celles-ci plus franches, et partant les préparations de quinquina plus actives.

L'indication d'agir ainsi a lieu principalement quand, dans ces névroses thoraciques, il y a tendance à la production d'un engorgement pulmonaire, ou d'un épanchement pleurétique, et à plus forte raison, lorsque cet engorgement et cet épanchement sont déjà manifestes. Le tartre stibié à dose vomitive a plus d'une fois dissipé non-seulement un épanchement pleurétique se reproduisant d'une manière périodique, mais aussi un épanchement qui, né également d'une névrose, avait persisté après la disparition de celle-ci.

Ce que je viens de dire serait applicable aux épanchements abdominaux,

dans le traitement desquels, comme dans le traitement des autres, l'effet purgatif du tartre stibié peut être joint avec avantage à l'effet vomitif. Le remède est beaucoup moins efficace quand il y a tolérance.

2° *Purgatifs*. Il m'arrive fréquemment d'employer le tartre stibié à dose purgative seulement. Cette préparation antimoniale et le calomel doivent, selon moi, occuper le premier rang dans la médication purgative.

Souvent le protochlorure de mercure à dose évacuante a diminué aussi la durée et l'intensité d'un accès, a rendu plus franches des intermittences et surtout des rémittences auparavant peu sensibles. L'indication de l'emploi de ce moyen se montre surtout dans les formes apoplectiques, paralytiques, rhumatismales.

J'emploie aussi, dans certains cas où la purgation n'est pas indiquée, le calomel à doses fractionnées, et cela quelquefois dans le but de donner lieu au ptyalisme, effet qui peut se produire même lorsque le remède a été administré dose évacuante, et a donné lieu à des selles.

L'idée d'employer la salivation mercurielle comme moyen curatif m'est venue, ainsi que je l'ai déjà dit, de cette circonstance que le ptyalisme spontané, qu'il n'est pas très-rare de voir se produire dans les différentes formes de nos maladies, coïncide presque toujours avec une diminution marquée des accidents, constitue ainsi une véritable crise. Tantôt il est facile d'obtenir la salivation mercurielle, tantôt cela est plus ou moins difficile, tantôt enfin on ne peut l'obtenir même en joignant, ainsi que je le fais quelquefois dans ce but, les frictions mercurielles à l'usage interne du calomélas.

Cette salivation a sauvé même des malades chez lesquels les préparations de quinquina étaient devenues impuissantes ; mais je reconnais depuis longtemps qu'il ne faut pas la provoquer dans tous les cas, ni la pousser trop loin, car, chez des personnes très-affaiblies, elle pourrait être nuisible.

Toujours, pour que l'utilité de la salivation spontanée ou de la salivation mercurielle se maintienne, il est nécessaire, aussitôt qu'elle se produit, que le malade fasse usage de substances alcooliques de bonne qualité, du vin principalement, afin que cette crise artificielle, si je puis m'exprimer ainsi, ne devienne ni trop intense ni trop longue, ne dépasse par conséquent le but. Chose bien digne de remarque, le ptyalisme donne presque toujours un goût prononcé et une grande tolérance pour les boissons alcooliques.

3° *Les substances alcooliques*. Je les range au nombre des médicaments importants, parce que, même dans beaucoup de cas autres que ceux où la salivation existe, il est nécessaire également de les employer. Nombre de malades ont fait usage de vin coupé d'eau ou même pur pour tisane, et quelquefois ils le prenaient à doses élevées, sans en éprouver aucun trouble vers l'estomac ou vers la tête. Souvent, il m'est arrivé, dans les moments où l'organisme était en défaillance, au milieu de la dyspnée à un haut degré et des syncopes, par exemple, de donner le kirsch, le rhum ou d'autres liqueurs alcooliques. Que de fois sans l'aide de ces substances, dont cependant la nature n'était pas toujours irréprochable, la guérison n'aurait pas eu lieu !

4° *Les opiacés.* L'association des préparations d'opium, de l'extrait gommeux particulièrement, aux préparations de quinquina, a été d'une grande utilité dans certaines formes diarrhéiques, dyssentériques intermittentes. Hors de là, depuis un certain temps du moins, je n'ai guère fait usage de cette association médicamenteuse. Dans les cas faisant partie de l'ordre des affections intermittentes, il peut être dangereux d'employer l'opium seul : j'ai cité des exemples de transformation rapide d'une maladie bénigne en une maladie grave, pernicieuse, sous l'influence de cet agent thérapeutique administré de cette manière; j'ai cité, entre autres, un cas relatif à une jeune fille atteinte de diarrhée et chez qui la cessation de cet accident par une petite quantité d'opium avait donné lieu à une fièvre délirante, comateuse, promptement mortelle.

Tout récemment, le même jour, j'ai eu à traiter deux personnes atteintes de diarrhée avec fortes coliques : un homme d'une cinquantaine d'années et d'une assez forte constitution; une femme de 38 ans, d'un tempérament nerveux et d'une santé délicate. Chez le premier, les coliques, le flux et le ténesme qui les accompagnait, se dissipèrent avec une grande promptitude sous l'influence de 10 cent. d'ext. gom. d'opium et sans qu'aucun accident leur eût succédé. Chez la seconde, des accidents de même forme se dissipèrent de la même manière par l'effet d'une dose moindre du remède (5 centig. en 2 pilules); mais bientôt, avec de vives douleurs rachialgiques dorsales, survinrent des douleurs épigastriques, puis des vomituritions qui eurent lieu (chose que j'ai appris depuis) précisément à l'heure où les jours précédents, les coliques et le flux avaient eu le plus d'intensité. Je m'empressai d'administrer les préparations de quinquina, qui mirent fin aux accidents gastriques, auxquels succéda le retour du flux. Celui-ci, non accompagné de coliques, se dissipa graduellement et de lui-même en quelques jours et sans que la malade éprouvât plus rien ensuite.

Si, chez le premier malade, les perturbations abdominales dissipées sous l'influence de l'opium employé seul, n'ont été suivies d'aucun accident, c'est que la maladie n'avait pas de périodicité manifeste ou latente.

Il me semble que, de ce qui précède, il y aurait à déduire quelque chose d'important relativement au traitement préventif du choléra, au traitement de la diarrhée dite prémonitoire qui, ailleurs aussi, peut être quelquefois de nature périodique.

5° *Les irritants cutanés.* Considérant que le plus ordinairement les crises tendent à se faire vers la peau, j'emploie ordinairement des agents propres à la congestionner, à l'irriter, à la phlogoser, à y appeler l'influx nerveux, à donner lieu à des effets ressemblant plus ou moins à ces crises; et, de même que celles-ci ont surtout généralement lieu au voisinage de la région affectée, de même aussi, c'est généralement surtout là que j'applique ces agents thérapeutiques dont ceux que j'emploie ordinairement sont : les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés, le fer chaud, l'huile de croton-tiglium, la pommade stibiée, les vésicatoires volants, l'alcali volatil.

Si, nos affections étant communément marquées de la périodicité, les antipériodiques sont nécessaires dans un grand nombre de cas, il est cependant

encore assez fréquent de rencontrer des affections simplement continues, dans lesquelles les autres agents thérapeutiques que je viens d'indiquer et d'autres encore, peuvent, isolés ou combinés entre eux, suffire à la guérison.

Un mot sur l'hygiène des malades et des convalescents.

Nos malades et nos convalescents étant d'une grande impressionnabilité, il est d'une haute importance de les mettre, autant que possible, à l'abri de tout ébranlement physique et moral. Pour ne parler que de l'influence morale, n'ai-je pas vu des récidives mortelles résulter d'une émotion pénible!

A ces malades et à ces convalescents, il faut un air pur et frais autant que possible. J'en ai vu qui avaient un tel besoin d'air frais qu'ils me demandaient d'avoir leurs fenêtres ouvertes jour et nuit pendant l'hiver.

J'ai parlé de l'utilité des substances alcooliques, du vin principalement, chez beaucoup de malades. Cette utilité n'est pas moindre chez les convalescents, dont beaucoup consomment avec avantage une quantité étonnante de ce liquide.

Je commence l'alimentation aussitôt que je puis le faire, et généralement avant l'entrée en convalescence. A des personnes encore gravement malades, mais accusant une sorte de faim gastralgique, sensation si commune et souvent si pénible, je donne de temps en temps une petite quantité (une cuillerée ou deux) de bon bouillon de bœuf, aliment généralement bien préférable aux bouillons maigres ou aux bouillons gras dits légers, que j'ai vus souvent être vomis lorsque le premier de ces aliments était facilement digéré; chose analogue à ce que j'observe souvent aussi pour les boissons, c'est-à-dire l'intolérance pour les liquides aqueux, mucilagineux et autres, dans des cas où les substances alcooliques, le vin principalement, sont parfaitement supportées. Il faut donc, dans ces cas, que l'aliment comme la boisson, apporte un stimulus aux forces digestives.

C'est surtout quand le ptyalisme existe qu'il est nécessaire d'alimenter de bonne heure. Dans ce cas, on peut être obligé de donner autre chose que le bouillon : de légers potages. Lorsque ce ptyalisme persiste seul, ou que du moins il n'est plus accompagné que d'accidents légers, aux potages rendus plus nourrissants, il est utile, quelquefois nécessaire, d'ajouter les viandes rôties.

La nourriture animale, que presque tous les convalescents préfèrent, est aussi, on le conçoit, celle qui leur convient le mieux, qui est digérée le plus facilement par eux. Il en est qui consomment sans inconvénient une énorme quantité de viande. Tout récemment, par exemple, un jeune paysan d'une forte constitution, qui venait d'avoir une pyrexie à forme dyspnéique grave, me dit, à mon arrivée chez lui : « J'ai mangé hier, après ma soupe, presque un poulet pour mon dîner, et je ne m'en trouve pas plus mal aujourd'hui. »

Modus est in rebus. Si l'excès d'aliments de nature convenable a été nuisible à certains malades, la même chose a eu lieu, bien plus souvent par l'effet de l'excès contraire. La prolongation de la diète absolue dans une certaine phase de la maladie, celle qui touche à la convalescence, a souvent causé des aggra-

vations fâcheuses. L'insuffisance d'un régime alimentaire convenable pendant la convalescence, a souvent aussi causé la reproduction de certains accidents de la maladie ; quelquefois même, pour cela, il a suffi d'un long retard du repas. En effet, sous la seule influence de ce retard, des convalescents ont eu de la dyspnée ou des vomissements ou du délire, phénomènes qui avaient disparu depuis plusieurs jours. Chez les uns, le repas tardif a mis fin à cette reproduction d'accidents; chez les autres, c'était une véritable récidive.

Combien de gens qui ont succombé auraient guéri s'ils avaient eu ce bon régime!

Combien de convalescences perpétuées, rendues mauvaises faute de ce bon régime !

L'habitude ou plutôt le besoin d'un régime alimentaire tonique et de boissons de même nature, continue souvent bien au delà de la convalescence. Je connais, par exemple, des femmes qui, malades il y a un an, deux ans, n'ont cessé depuis lors de manger constamment du gras et de boire du vin pur.

Tout cela ne prouve-t-il pas un grand fond de faiblesse dans nos maladies? Doit-on s'étonner alors que je m'abstienne, dans le traitement de ces maladies, de l'emploi des débilitants, des saignées particulièrement, que j'aurais pu placer au nombre des causes individuelles déterminantes de certaines pyrexies graves ?

Il me reste à parler de la prophylaxie. Je puis la résumer en deux mots : Une vie modérément active au-dehors, une habitation saine, une alimentation tonique et la tranquillité morale sont les conditions les plus propres à conserver habituellement la santé. Mais combien de gens ne peuvent réunir ces conditions!

Ici se termine mon travail probablement un peu long, dont le plan et la rédaction sont loin d'être irréprochables. J'ai donc besoin de l'indulgence des lecteurs. Je les prie de ne considérer ce travail que comme un recueil d'observations écrites dans le but de donner une idée de notre constitution médicale, et de faire partager quelques opinions qui ne pouvaient se passer de l'appui de faits nombreux.

Si je ne suis pas parvenu à mon but, j'espère que, du moins, mes honorables confrères et collègues voudront bien me tenir compte de mes efforts.

MORT PAR COMPRESSION DU BULBE RACHIDIEN DUE A UNE CARIE SCROFULEUSE DE L'ATLAS. *Observation recueillie dans le service de* M. VICTOR UYTTERHOEVEN, *médecin de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles; par* M. FIRMIN LAMBERT, *élève interne.*

La physiologie nous apprend que les forces vitales ne peuvent s'éteindre chez l'animal que par la suppression définitive d'une des trois grandes fonctions : innervation, circulation, respiration.

De prime-abord il paraîtrait facile de dire, dans tous les cas, par laquelle de

ces trois voies la vie s'est éteinte. C'est très-vrai quand une agonie, suffisamment longue, ou permet de voir tel ou tel organe refuser son concours physiologique ou quand une cause traumatique est venue détruire tel ou tel tissu essentiel à l'existence de la vie.

Mais il est des causes de mort que le praticien n'a pu souvent que soupçonner, attendu que, depuis la naissance de l'art jusqu'à nos jours, tous les raisonnements tentés pour abolir un préjugé si fatal à l'avancement des sciences médicales, ont tour à tour échoué. C'est là certes un des nombreux avantages des hôpitaux de jouir du privilége d'autopsier le plus grand nombre des sujets et de pouvoir tirer ainsi des inductions théoriques et pratiques, capables d'agrandir la sphère des connaissances médicales.

La nécropsie, que nous allons mettre sous les yeux du lecteur, montrera suffisamment combien il est quelquefois difficile de connaître, sans la dissection, la lésion qui a rompu l'harmonie des fonctions.

Gerson (Adrienne), âgée de 12 ans, d'une constitution éminemment strumeuse, entre à l'hôpital le 27 août 1855, présentant l'ensemble des symptômes morbides de la diathèse : vastes foyers de suppuration avec décollement aux régions sous-maxillaires, ozène, maigreur, anémie, etc., etc.

Malgré le pronostic fâcheux, la petite malade ne présente aucun signe capable de faire entrevoir une mort très-prochaine.

Elle entre dans les salles, elle est alitée à l'instant et les soins ordinaires, qui ne réclament aucune urgence, lui sont administrés.

L'enfant, qui avait été amenée de l'une des communes suburbaines, et Dieu sait dans quel genre de véhicule, était naturellement fatiguée. Aussi ce qu'elle réclama d'abord des assistants fut un peu de boisson, le repos et puis le sommeil.

On la croyait endormie, lorsque deux heures après son entrée, la nuit tombante, on alla pour s'informer des besoins qu'elle aurait pu éprouver; mais quelle fut notre surprise en ne trouvant plus qu'un cadavre.

Quelle pouvait être la cause de la mort ? fut la première question qui se présenta à notre esprit. Était-ce un foyer purulent, qui s'étant fait jour dans le crâne, aurait occasionné une compression subite des centres nerveux ? Était-ce la rupture du cœur ou d'un gros tronc artériel, causée par ulcération ou ramollissement d'un foyer purulent voisin ? Était-ce une compression de la moelle allongée par déplacement d'une vertèbre ou par luxation spontanée ? Plusieurs conjectures de ce genre agitèrent nos esprits jusqu'à ce que l'autopsie vînt mettre sous nos yeux une cause de mort que notre imagination n'avait fait qu'effleurer sans pouvoir l'expliquer.

Nécropsie. — Le crâne fut ouvert, le cerveau détaché de ses membranes. Mais en voulant introduire le scalpel dans le canal rachidien pour couper le bulbe, on sentit une résistance osseuse, anormale. La moelle allongée détachée, nous crûmes reconnaître une luxation axoïdo-atloïdienne. Les muscles, qui s'insèrent autour de la portion cervicale du rachis furent enlevés avec soin et après que les vertèbres eurent été mises à nu, on découvrit une carie scrofu-

leuse des deux masses latérales de l'atlas, ce qui avait permis aux condyles de l'occipital de s'asseoir sur l'axis et par là avait forcé l'apophyse odontoïde à comprimer la moelle allongée. Les ligaments odontoïdiens latéraux et médians, semi-lunaire, occipito-axoïdiens.... ramollis et en partie ulcérés, avaient dû facilement céder à un très-léger mouvement spontané ou communiqué. Dès lors la cause de la mort ne nous laissa plus de doute.

Extraction de la vessie d'un pessaire a tige destiné a soutenir la matrice ; *par le docteur* André Uytterhoeven, *membre honoraire de la Société.*

M...., épicière, âgée de 21 ans, voulant enlever d'un rayon une caisse lourdement chargée, ressentit subitement une vive douleur dans les régions inférieures.

Appelé peu de temps après, je reconnus une descente de la matrice, prolongée jusqu'aux grandes lèvres.

Après le traitement ordinairement usité en pareille occurrence, je maintins l'organe en position au moyen d'un pessaire, composé d'une cuvette en ivoire, d'une tige d'acier recourbée et d'une ceinture, qui fixait l'appareil.

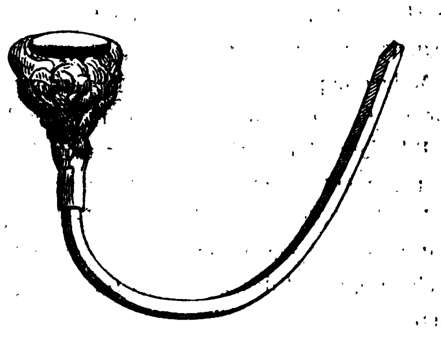


Figure réduite du pessaire.

Recommandation fut faite d'ôter l'instrument de temps à autre pour le nettoyer et faire des ablutions de propreté.

Je la perdis alors de vue.

Un an et quelques mois plus tard, la mère de cette jeune fille vint me trouver ; elle me raconta que sa demoiselle voulait entrer en religion, qu'elle faisait son noviciat au couvent de...., et qu'elle y était devenue gravement malade ; et qu'enfin le médecin, tardivement mis dans la confidence d'un accident qui avait été soigneusement dissimulé jusqu'alors, ne pouvait plus retirer le pessaire à la présence duquel il attribuait la fièvre et le dépérissement de la malade.

Arrivé sur les lieux, il me fut également impossible d'extraire l'instrument.

Le doigt suivait la tige d'acier sans arriver à la cuvette ; une sonde introduite dans la vessie rencontrait un corps dur offrant la sensation d'un calcul vésical, et qui obéissait aux manœuvres que je communiquais à la tige.

Nul doute donc sur l'accident qui s'offrait à mes yeux.

La cuvette du pessaire s'était logée dans la vessie. A quelle cause attribuer ce grave accident ? Je ne puis donner à cet égard aucune explication positive.

La malade avait fait une chute quelques mois auparavant ; mais elle n'en avait ressenti aucun effet notable.

Il est donc permis de présumer que cette grave complication était le résultat de l'ulcération, de l'usure des parois vaginales déterminée par la pression longtemps continuée d'un corps dur que l'on n'avait pas eu le soin d'ôter à de certains intervalles, ainsi que j'en avais fait la recommandation formelle.

Quoi qu'il en soit, il fallait, sans tarder, procéder à son extraction. La malade souffrait extrêmement et ne pouvait se permettre aucun mouvement, quelque léger qu'il fût, sans éprouver dans la vessie des douleurs intolérables.

Désirant prévenir l'incurabilité d'une fistule urinaire qui était la conséquence inévitable de l'agrandissement de l'ouverture à travers laquelle le corps étranger s'était glissé dans la vessie, je m'ingéniai d'abord à trouver le moyen de briser la cuvette et de retirer ses débris par le canal de l'urèthre.

Malheureusement elle était en *ivoire*, substance tenace, qui résiste à l'action de tous les instruments inventés pour le broiement de la pierre.

Force fut donc d'avoir recours à l'instrument tranchant et de procéder à l'extraction du pessaire en élargissant l'ouverture par laquelle il avait pénétré dans le réservoir des urines, et qui s'était resserrée sur la tige qui supportait la cuvette.

L'opération fut tentée avec l'assistance de M. le docteur Vanhuevel, médecin en chef de l'hospice de la Maternité, le 5 mai 1847.

Mais il fallut bientôt y renoncer. Les moindres mouvements communiqués au pessaire provoquaient des douleurs atroces, probablement par l'effet du frottement sur les parois de la vessie des incrustations dont la cuvette était hérissée.

Nous résolûmes donc d'avoir recours à l'éthérisation.

Le 8 du même mois, la malade fut soumise aux vapeurs de l'éther. Il en résulta d'abord une exaltation extrême, mais des plus gaies, et qui s'exhalait en propos pleins d'allégresse et en éclats de rire immodérés.

Cependant, au bout de quelques minutes, cette explosion d'hilarité cessa brusquement, pour faire place à un état d'insensibilité complète.

Je glissai alors un bistouri boutonné, courbe sur le tranchant, le long de la tige de l'instrument, en me guidant au moyen du doigt indicateur de la main gauche, et, parvenu dans la vessie, j'agrandis, d'environ un pouce et demi, l'ouverture de la paroi vagino-vésicale.

L'extraction du corps étranger se fit alors avec facilité.

Le reste du traitement offrit peu d'intérêt, sauf cette circonstance que nous fîmes quelques essais en vue d'éviter la fistule urinaire, qui devait être la conséquence naturelle de cette opération.

Ainsi une sonde fut maintenue pendant plusieurs jours dans l'urèthre, mais le tout en vain.

La malade a continué à perdre les urines par cette voie anormale.

Je déclinai franchement aux parents mon impuissance à guérir cette infirmité, en les engageant à s'adresser à d'autres praticiens, qui n'éprouveraient peut-être pas, comme moi, le découragement où me jetait la certitude intime que toutes les tentatives faites à cette fin seraient complétement inutiles.

Un accident de cette nature est fort rare; pour ma part, mon érudition, trop

herniés sans doute, ne rappelle à ma mémoire aucun exemple d'un pessaire de cette espèce, fourvoyé dans la vessie et extrait au moyen d'une opération chirurgicale.

Si un cas semblable se représentait, que faudrait-il faire pour éviter la fistule urinaire, ou plutôt pour ne pas confondre en un même cloaque la vessie et le vagin, effet inévitable de la division de la paroi vagino-vésicale ?

Briser dans l'intérieur de la vessie, par les voies naturelles, un morceau d'ivoire, il n'y faut pas songer.

Mais ne pourrait-on pas séparer la tige de la cuvette et extraire ensuite celle-ci au moyen de la taille sus-pubienne? Les dangers de cette opération peuvent-ils être encourus dans l'espoir d'amoindrir chez une jeune fille le malheur d'une infirmité si dégoûtante? Ou bien cette cuvette d'ivoire pourrait-elle être isolée dans l'intérieur de la poche et soumise à l'action d'agents chimiques qui la réduiraient à l'état de gélatine, ainsi que cela a été proposé dans l'espoir de dissoudre les pierres dans la vessie?

Voilà toutes questions aussi importantes que difficiles à résoudre, et qui engageront peut-être un jour quelque médecin plus habile à rechercher une voie nouvelle dans cette partie de la médecine urinaire, progrès qui rendrait à l'humanité un très-grand service, surtout en Belgique, où les pessaires à tige sont en grande vogue, malgré des accidents graves que ma position m'a permis de constater plusieurs fois et dont celui qui vient d'être narré n'est pas le moins déplorable par les tristes conséquences dont il a été suivi.

DE L'EMPLOI DU TANNIN DANS UN CAS D'ALBUMINURIE COÏNCIDANT AVEC UNE HYPERTROPHIE DU COEUR ; *observation recueillie par* M. HENRI VAN HOLSBEEK, *interne de* M. A. UYTTERHOEVEN, *chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean.*

Le 6 décembre 1853, Declerck, Marie, âgée de 41 ans, lymphatique, cuisinière, entra à l'hôpital. Elle fait remonter l'origine de sa maladie à deux mois, époque à laquelle les menstrues ont cessé de fluer.

Les symptômes observés sont les suivants : la peau est d'un blanc mat, rénitente, se laissant déprimer par une pression forte ; elle est douloureuse au toucher, et la dépression produite disparaît promptement. Céphalalgie, insomnie, syncope, palpitations du cœur, accablement extrême, dyspnée très-grande, toux, expectoration de crachats blancs, muqueux, peu abondants ; douleurs dans différents points du thorax, surtout à sa base et à la région précordiale.

Dilatation de la poitrine moins sensible à l'application de la main ; les battements du cœur sont plus forts, la matité précordiale plus étendue que dans l'état normal ; les bruits du cœur plus sonores. On observe, de plus, de la matité à la base du thorax à droite et à gauche, l'absence du bruit respiratoire à la base des deux poumons ; du souffle broncho-hydrique et une légère égophonie à droite.

Lèvres pâles, décolorées ; bouche mauvaise ; haleine fétide ; langue décolorée

à sa pointe et à ses limbes, couverte d'un enduit blanc jaunâtre à sa base; soif, anorexie, pesanteur épigastrique, coliques légères, selles plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Chaleur générale diminuée; pouls petit, fréquent.

Urines peu abondantes, pâles, à peine odorantes, précipitant abondamment de l'albumine quand on les traite par l'acide nitrique.

On prescrit les diurétiques.

Tous les symptômes vont en s'aggravant, et il y a imminence d'une fin prochaine.

Sachant que le tannin jouit d'une action spécifique et arrête les hémorrhagies des divers tissus, nous pensâmes qu'il pourrait bien prévenir le passage de l'albumine du sang par les reins; que, de plus, par la propriété qu'il a de diminuer la force et la fréquence des contractions du cœur, il conviendrait dans le traitement de l'hypertrophie de cet organe, nous nous décidâmes à tenter son administration.

Le 14 décembre, la malade prend vingt grains de tannin dans une potion.

Pour activer l'évacuation du liquide épanché, on prescrit le régime lacté et des frictions répétées deux fois dans le jour avec :

Infusi artemisiæ absinthii,	℥j.
Tinct. laur. camphoræ,	ℨi.
Alcohol 30°,	ℨij.

La potion est bien supportée.

La dose de tannin est augmentée tous les jours de cinq grains.

Le 30 décembre, la malade prend quarante grains de tannin. Amélioration notable ; respiration facile, appétit, selles régulières, urines plus abondantes, moins albumineuses; anasarque sur le point de disparaître.

Le 5 janvier 1854, la malade prend un gros de tannin. Le moment paraît convenable pour prescrire un régime tonique et l'usage des pilules suivantes :

Pulv. scillæ,	ℨij.
Sulphatis ferri ad albidin. calcin.,	ℨij.
Nitratis potass.,	ℨs.
Olei anisi,	gutt. xv.
Extr. gent.	Q. S.

Ut fiat mas. pilul. ex qua formantur pilul. N° LX.

A prendre dix pilules par jour.

Le 1er février, la malade entre en pleine convalescence. L'anasarque a complétement disparu; les urines ne contiennent plus qu'une très-faible quantité d'albumine.

Le 15, la malade se dit guérie et demande son *exeat*.

Les urines sont en quantité normale, bien qu'elles soient encore un peu pâles et faiblement odorantes; traitées par l'acide nitrique elles ne donnent plus de précipité, ce qui porte à croire qu'elles ne contiennent plus d'albumine.

Les symptômes de l'affection organique du cœur sont en partie dissipés.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de la thérapeutique

d'une maladie contre laquelle échouent la plupart des médications. Nous ne voulons pas, de ce fait unique, tirer des conclusions générales; notre but sera atteint si, en attirant l'attention des praticiens sur une médication nouvelle, nous les décidons à l'expérimenter de leur côté.

GRENOUILLETTE OPÉRÉE PAR L'INCISION AVEC AUTOPLASTIE; *Observation recueillie dans le service de* M. A. UYTTERHOEVEN, *chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean, par* M. HENRI VAN HOLSBEEK, *élève interne.*

Il importe fort peu aux chirurgiens de savoir ce qui a valu à cette maladie une pareille dénomination, si c'est une certaine ressemblance de cette tumeur avec le goître aérien de la grenouille, ou quelque analogie entre le croassemen de ce batracien et la prononciation altérée du malade.

La grenouillette est une maladie assez importante, et bien qu'elle ne soit pas généralement dangereuse au dire de Boyer, elle est assez gênante pour les malades pour qu'ils demandent à en être débarrassés. Quoique les anciens n'aient que très-imparfaitement connu la nature de ce mal; que les uns en aient fait une tumeur enkystée avec Celse et Ambroise Paré; que d'autres, avec Aétius, l'aient rapporté à la dilatation variqueuse des veines sub-linguales, ou au cancer avec Aboul' Kasem, ou l'aient considéré avec Paracelse comme un aposthème des vaisseaux de la langue, comme un abcès ordinaire avec Aranzi, ils n'en ont pas moins essayé de le guérir par tous les moyens qu'on met encore tous les jours en usage. Munnicks et, après lui, Lafaye et Louis attribuaient la grenouillette à une dilatation, soit du conduit de Warthon lui-même, soit des conduits excréteurs de la glande sous-maxillaire qui viennent s'y rendre, ou enfin de ceux de la glande sub-linguale. Sabatier, tout en admettant l'opinion émise par Louis, localise la tumeur dans un des conduits de Warthon, et, d'après lui, la dilatation serait causée par une accumulation de salive.

Pour Dupuytren et Breschet, la grenouillette n'était autre chose qu'un kyste séreux pouvant se développer dans ce point comme ailleurs.

M. Nélaton et quelques chirurgiens modernes sont venus à leur tour expliquer la formation de la grenouillette. D'après eux, il y aurait d'abord dilatation du conduit de Warthon, puis rupture de ce conduit, extravasation de la salive et formation d'un kyste accidentel.

Ces détails historiques nous ont paru mériter l'attention des lecteurs, par la raison qu'ils nous rappellent que la nature de cette affection est encore obscure.

Observation. — Blemaer, Céline, 33 ans, ménagère, lymphatique, bonne constitution, bien réglée, n'ayant jamais été malade, se présente, le 26 mars 1854, à notre consultation gratuite.

Il y a cinq semaines, la malade aperçut au-dessous de la langue et sur les côtés du frein, une petite tumeur. Elle n'y prêta pas, les premiers jours, une bien grande attention; mais la tumeur acquit bientôt un si grand volume, qu'elle conçut des inquiétudes fort sérieuses.

M. Uytterhoeven examine la malade en présence de MM. Henriette, Festraerts, Bougard, Koepl et plusieurs élèves.

La tumeur a la grosseur d'un œuf de poule; elle est oblongue, lisse, dépressible, rénittente et élastique, blanchâtre et légèrement transparente. Les mouvements de la langue sont embarrassés, la parole modifiée, la déglutition difficile et la respiration même un peu gênée.

M. Uytterhoeven, après avoir considéré que le but à atteindre n'est pas seulement de vider la tumeur et de faire cesser les incommodités qu'elle cause, mais d'empêcher qu'elle ne se forme de nouveau, expose succinctement les différents moyens mis en usage par les chirurgiens anciens et modernes pour arriver à ce résultat.

Après avoir pris en considération les conseils des médecins présents à la consultation, il se décida pour l'incision avec autoplastie, procédé de M. Jobert de Lamballe.

La malade est assise sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide. M. Uytterhoeven détache la muqueuse qui tapisse la face externe du kyste, et passe de chaque côté des points de suture, comprenant la muqueuse de la bouche et la membrane interne de la tumeur. Il incise ensuite dans l'intervalle des points de suture, et noue les fils qu'il a passés, de manière à renverser de dedans en dehors la membrane interne du kyste, qui vient en quelque sorte border les lèvres de la plaie, et à lui faire contracter des adhérences avec la portion de la muqueuse buccale restante.

La malade revient le lendemain à la consultation. État de la plaie très satisfaisant; aucune altération de la santé générale.

Le 1er avril, les fils sont tombés, et le 5 du même mois, la cicatrisation est parfaite.

Cette observation nous paraît mériter l'attention des praticiens, à cause du procédé opératoire qui a été mis en usage.

II. REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Médecine et Chirurgie.

Cathartine (principe actif du nerprun, son emploi comme purgatif). — La cathartine, sur laquelle M. Strohl vient de faire quelques expériences, n'est pas, comme on pourrait le croire, le principe actif du séné, mais bien le principe actif du nerprun, auquel, par conséquent, il eût été à désirer qu'il eût conservé le nom de rhamno-cathartine, qui lui avait été donné par M. Winckler. La cathartine qui a été isolée par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital de Strasbourg, est une substance légèrement jaunâtre, d'une saveur amère, ayant une apparence de cristallisation, soluble dans l'eau et l'alcool faible, insoluble dans l'alcool absolu et l'éther, et contenue dans le marc beaucoup plus que dans le suc. Expérimentée chez les enfants par M. Wieger, elle a donné, à la dose de 9 centigr., plusieurs selles dans trois cas sur cinq; à la dose de 10 centigr., en moyenne deux selles dans trois cas sur quatre; à la dose de 15 centigr., en une fois, huit à neuf selles copieuses après un temps assez long, et après la même dose, donnée en trois fois, dix selles quatre

[illegible] enfants de quatre à quinze ans, 10 à 20 centigr. de cathartine, donnés en une ou deux fois à petit intervalle, paraissent la dose moyenne de cathartine. Chez les hommes, M. Strohl a obtenu, pour une dose de 40 à 50 centigr., de trois à cinq selles; pour une dose de 60 centigr., de six à huit selles; mais à cette dose, il y a eu des malades qui ont été ou purgés incomplétement, ou pas du tout. Le résultat a été, en général, très-peu satisfaisant chez les femmes, qui ont eu, presque toutes, très-peu ou point de garde-robes. Voici, du reste, comment M. Strohl résume son opinion relativement à la cathartine.

1° La cathartine est un purgatif assez sûr à la dose de 10 à 20 centigr., chez les enfants, moins sûr, chez les adultes, à 50 centigr.; peut-être les femmes sont-elles moins sensibles à son action; 2° la saveur amère, difficile à masquer, est un obstacle à son emploi chez les enfants, qui ne peuvent avaler les pilules; 3° c'est un purgatif doux, non irritant, non douloureux, bien supporté, et pouvant être continué sans déterminer d'effets fâcheux; on peut donc en conclure que les baies de nerprun renferment encore un autre principe âcre qui provoque des vomissements, amène des coliques et des effets drastiques; 4° les selles sont liquides, sans odeur ni couleur spéciale, mais toujours très-venteuses; la cathartine ne paraît pas agir localement; 5° son action est lente à se produire et se prolonge longtemps; 6° le meilleur mode d'administration est sous forme de pilules, données dans la soirée chez les adultes, et sous forme de sirop chez les enfants : pour les premiers à la dose moyenne de 50 centigr., et pour les seconds de 10 à 20 centigr.

Les conclusions qui précèdent montrent que la découverte de ce principe nouveau ne résout pas, à beaucoup près, la question relativement à la découverte d'un purgatif sûr, non volumineux, facile à administrer, et bien supporté par l'intestin. M. Strohl reconnaît, en premier lieu, que la cathartine serait prise difficilement par les enfants; mais ce que nous voyons de plus fâcheux dans l'introduction de ce médicament dans la pratique, c'est qu'il ferait peut-être perdre de vue l'efficacité si remarquable du nerprun à l'état de rob et de sirop, préparations extrêmement utiles, qui restent et resteront toujours dans la pratique parmi nos meilleurs hydragogues.

(*Gaz. méd. de Strasbourg* et *Bulletin général de thérapeutique*.)

[illegible] ANTIMONIATE DE QUININE; par M. LA CAMERA. — Le docteur J. La Camera a publié à Naples, en 1851, un livre sur les maladies intermittentes où il faisait connaître l'antimoniate de quinine qu'il mettait au premier rang parmi les antipériodiques. Aujourd'hui il apporte de nouveaux faits cliniques à l'appui de sa première assertion. Il parle de 12 à 14 malades traités avec succès par ce remède, de fièvres intermittentes plus ou moins graves, et il cite trois observations en détail, qui paraissent avoir été contrôlées par les docteurs de Nasca, Ruggiero, Messina et Ciacchi. Ces trois observations ont trait à des fièvres d'accès, à type quotidien ou tierce, avec complication d'accidents divers.

L'auteur conclut de ses expériences que l'antimoniate de quinine est bien préférable à la poudre de James, et souvent au sulfate de quinine lui-même. Il paraît réunir les propriétés résolutives et diaphorétiques des préparations d'antimoine, et les vertus fébrifuges des sels de quinine. Il a plusieurs fois déterminé des évacuations alvines plus ou moins abondantes. Il aurait l'efficacité de prévenir les récidives, et pourrait s'administrer impunément dans les cas douteux de périodicité, où la rémittence se cache sous l'apparence d'une marche continue. La dose d'antimoniate de quinine est de 12 à 15 grains qu'on administre en trois ou quatre prises, dans l'intervalle des accès ou pendant la rémittence. On y revient plusieurs jours de suite, en diminuant les doses à mesure que les accès se dissipent.

Nous n'avons vu, dans les observations de M. La Camera, aucun accident suivre l'administration de l'antimoniate de quinine, et nous pensons que ce sel fébrifuge mérite d'être expérimenté de nouveau.

(*Il Filiatre Sebezio* et *Gazette méd. de Paris*.)

PÉRITONITE PUERPÉRALE TRAITÉE PAR L'IPÉCACUANHA, LE CALOMEL A DOSES RÉFRACTÉES, LES CATAPLASMES DE CIGUE ET LES INJECTIONS VAGINALES AVEC LA DÉCOCTION DE FEUILLES DE STRAMONIUM.

Deux femmes ont été traitées dans le service de M. Trousseau pour des péritonites puerpérales. Chez la première, jeune femme vigoureuse, accouchée dans l'hôpital, la péritonite était aiguë et bien caractérisée. On a essayé de l'attaquer par le calomel à la dose de 5 centigr. en douze paquets, à prendre dans les vingt-quatre heures. Le quatrième jour de cette médication, la salivation a commencé; aussitôt les symptômes se sont amendés; la fièvre

est tombée; la douleur abdominale a diminué; l'épanchement, ce qui n'est ni rare ni inquiétant, a augmenté. M. Trousseau espérait qu'avec des cataplasmes de ciguë, des lotions iodées et quelques vésicatoires, on viendrait à bout de cette phlegmasie; mais il devait en être autrement. Une fièvre hectique s'est montrée, il est survenu de la toux, de l'amaigrissement et la diarrhée, attribuée d'abord à l'action du calomel, a pris un caractère persistant. Or, quand la toux se manifeste dans le cours d'une péritonite autrement qu'à la suite d'un rhume, et qu'il y a du dévoiement qui ne trouve pas sa raison d'être dans la médication employée, il faut craindre une diathèse tuberculeuse. C'est effectivement ce qui existait chez cette femme : on l'a vue passer par tous les degrés de la dissolution, de la consomption; elle est morte avec des taches ecchymotiques sur la peau, et l'autopsie a montré des tubercules dans les poumons, dans les ganglions bronchiques et mésentériques et tous les signes anatomiques d'une péritonite suraiguë ayant eu l'utérus pour point de départ. C'est là, disait M. Trousseau, un exemple très-curieux de tuberculisation galopante; car avant d'être accouchée, cette femme, à part la déformation des doigts, désignée sous le nom d'incurvation hippocratique, n'avait donné aucun motif de la supposer atteinte de cette affection.

La seconde malade, traitée pour une péritonite puerpérale, était accouchée également dans les salles. Cette femme, qui, vers le huitième mois de sa grossesse, avait eu une roséole de nature syphilitique, prit une métro-péritonite après être accouchée. Les lochies se supprimèrent, l'abdomen se ballonna, les seins devinrent flasques. Le pouls, heureusement, ne cessa pas d'être bon. L'ipéca, ce grand remède des femmes en couches, et qui convient au début des fièvres puerpérales, quand il n'y a pas encore d'expression locale tranchée, fut donné à celle-ci, puis on passa au calomel, administré d'après la méthode de Law, c'est-à-dire d'après la formule suivante :

Pr. Protochlorure de mercure
préparé à la vapeur. . . 10 centigr.
Sucre pulvérisé. . . . . 3 gram.

Mêlez, triturez avec soin et divisez en vingt paquets égaux. A prendre un paquet toutes les deux heures. La malade prit ainsi 15 centigrammes de calomel en trois jours, ce qui provoqua chez elle sept ou huit garde-robes chaque jour, effet purgatif augmenté sans doute par la circonstance d'un peu de diarrhée préexistante. Le quatrième jour il survint de la salivation et du gonflement des gencives, l'on suspendit la médication. Mais déjà le ventre s'était affaissé et le flux mammaire était revenu ainsi que l'appétit. C'était un exemple intéressant de métro-péritonite légère guérie rapidement par l'emploi combiné de l'ipéca et du calomel.

M. Trousseau eût pu couvrir le ventre d'onguent mercuriel; mais la salivation n'en eût pas été obtenue plus vite, et cet onguent a, suivant ce médecin, l'inconvénient de s'attacher aux poils, de rester dans les plis de la peau, dans la vulve, où le mercure continue d'être absorbé, malgré les lotions de toute espèce, lorsque déjà la salivation a commencé. On l'a vu aussi son emploi déterminer des affections couenneuses, des gangrènes de la vulve, puis enfin l'hydrargyrie, maladie caractérisée par un eczéma général, du délire, et qui, dans un très-grand nombre de cas, se termine par la mort. Ces considérations, selon M. Trousseau, doivent engager les praticiens à préférer à l'onguent mercuriel le calomel qui, donné par dixième ou par douzième de grain, de deux en deux heures, peut être suspendu à volonté aussitôt que son effet sur les gencives est produit (1).

La médication par le calomel, ainsi administré, lutte avec avantage contre la péritonite de forme simple. Quant aux fièvres puerpérales excessives, avec métro-péritonite purulente, M. Trousseau n'a pas la prétention de les guérir, mais il pense qu'on les préviendrait dans beaucoup de cas en soumettant les femmes nouvellement accouchées à des soins de propreté minutieux. A l'appui de son opinion, ce médecin invoque les beaux résultats obtenus par M. Heurteloup, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Pierre. Cette salle contient trente lits constamment occupés par des femmes en couches, et grâce à la propreté merveilleuse qui ne cesse d'y régner sous tous les rapports, grâce aux soins avec lesquels le linge et les objets de literie sont changés, aux lotions, aux injections répétées trois fois par jour pour éviter le séjour des lochies dans le vagin, il n'arrive presque jamais d'accidents puerpéraux chez les femmes de ce service.

Pour revenir à la seconde malade qui faisait le sujet de ces remarques, nous dirons qu'à la suite d'un écart de régime,

(1) Nous croyons presque superflu de faire remarquer ici que la plupart des médecins belges emploient depuis très-longtemps le calomel à doses fractionnées dans le traitement de la péritonite puerpérale. (N. d. l. R.)

elle fut reprise de péritonite le 30 janvier. On prescrivit aussitôt 5 centigrammes de calomel et 1 gramme 50 de sucre en poudre mélangés, à prendre en dix paquets de deux heures en deux heures. Cette petite quantité de calomel provoqua douze selles, et dès le lendemain les gencives étaient légèrement gonflées. Prescription : 25 milligrammes seulement de calomel en douze prises pour les vingt-quatre heures; injections vaginales avec la décoction de feuilles de stramonium trois fois par jour; application permanente sur l'abdomen de cataplasmes de ciguë ainsi composés :

Pr. Cataplasmes de farine de graine de lin, 500 grammes.

Étendez à la surface du cataplasme une couche de bouillie faite avec

Poudre de ciguë. . . . . 125 grammes.
Mucilage de graine de lin. q. s.

Le 4 février la malade continuait à prendre les 25 milligrammes de calomel par jour. La veille, elle avait eu trois selles. Le 5, une seule selle, même traitement. Le 7, cessation du calomel; état général satisfaisant; il restait seulement un peu d'empâtement indiquant la présence de fausses membranes dans le péritoine péri-utérin. Le 12, plus de douleurs de ventre. Le 17, convalescence décidée. Cette femme est sortie à la fin du mois très-bien guérie.

(*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques.*)

Sur le traitement de la constipation; par M. le professeur TROUSSEAU. — La constipation est une maladie sérieuse à laquelle on doit la plus grande attention; car, à supposer qu'elle ne prenne pas immédiatement la valeur d'une affection dangereuse, elle complique toujours l'indisposition la plus légère, et souvent elle devient l'origine d'une hypochondrie profonde, qui jette dans la vie des désordres nombreux.

Le traitement doit avant tout s'attaquer à la cause; il ne faut pas croire qu'on l'a guérie parce qu'on a provoqué une évacuation, fût-elle même très-abondante; ce serait aussi faux que de croire qu'on a guéri un individu d'insomnie pour lui avoir prescrit de l'opium. Celui qui vient consulter dans de pareilles circonstances veut non-seulement être soulagé pour le moment, mais encore être mis à l'abri pour l'avenir. Ce n'est ni avec de l'eau de Sedlitz, ni avec tout autre purgatif qu'il faut attaquer la constipation; on sait, au contraire, qu'à la longue ils finissent par la causer.

Avant tout, il faut s'efforcer de réglementer la fonction; on doit donc faire tout au monde pour la soumettre à l'empire de la volonté. On sait combien est grand le pouvoir de l'habitude sur les fonctions organiques; une fois qu'elles se sont accoutumées à opérer dans de certaines conditions, à de certaines heures, rien n'est plus difficile que de s'en écarter. Il en est de l'habitude d'aller à la garde-robe comme de l'habitude d'uriner à moments donnés, de se raser, de se laver la figure le matin; une fois qu'on s'y est fait, il est impossible de s'en dispenser. Celui qui est constipé devra donc d'abord se présenter à la garde-robe à l'heure qui lui convient; il attendra longtemps, et concentrant à la fois tout son esprit, toute sa volonté et toute sa force contractile sur l'acte en question, il fera des efforts réitérés et énergiques pour l'obtenir. Le lendemain, quel qu'ait été le résultat, il faudra recommencer la même tentative à la même heure, et si dans l'intervalle, quelques heures après les premiers efforts, l'envie de la garde-robe se faisait sentir, il faudrait autant que possible se retenir jusqu'au lendemain pour aller seulement à l'heure qu'on a choisie.

L'alimentation devra subir des changements. Au lieu du régime souvent sévère que s'imposent les malades, on leur prescrira une nourriture abondante et succulente, capable de favoriser à la fois leur digestion et de laisser un résidu volumineux qui forcera l'intestin à se débarrasser. Cette maladie, avons-nous dit, cause de nombreux désordres. En effet, les constipés ont toujours ou des pesanteurs d'estomac, ou des lourdeurs de tête, contre lesquelles on leur prescrit souvent un régime doux, des viandes blanches en petite quantité, peu de vin, etc. C'est une faute. Il faut leur ordonner des viandes rôties en grande quantité, les forcer quand même à manger le plus possible, et leur rappeler enfin que, suivant l'expression anglaise, un gigot chasse l'autre.

Mais quelquefois il sera indispensable de donner à la volonté un adjuvant pour faciliter un acte dont l'habitude s'est en quelque sorte effacée. Il faudrait bien se garder d'administrer un purgatif; mais pourtant il faut recourir à un médicament capable de favoriser la défécation. La belladone est ce médicament par excellence. Elle ne purge pas, elle ne dévoie pas, elle rend les garde-robes plus faciles. A quoi tient cette propriété? Il serait difficile de le dire. Cependant n'y aurait-il pas quelque raison de croire qu'à l'instar de certains autres médicaments, elle a, en dehors de son action spéciale et définie, une puissance réelle sur certaines fonctions et

sur certains organes. L'opium est un puissant excitant de la sécrétion cutanée. La digitale excite la sécrétion urinaire. La belladone peut bien avoir une action sur le foie, le pancréas, l'une quelconque enfin des glandes qui donnent dans le tube digestif. Ce qui est constant, c'est qu'un centigramme d'extrait de belladone suffit pour faire avoir une et quelquefois plusieurs selles. On peut d'ailleurs augmenter les doses, bien qu'il soit rare qu'on doive aller jusqu'à 5 centigrammes. A partir du moment où l'on a rétabli l'habitude, il faut diminuer progressivement.

On fait un fréquent usage des suppositoires, et ils réussissent en général très-bien. Les gens de la campagne prennent la nervure médiane d'un chou; les médecins les font exclusivement avec du beurre de cacao ou du miel durci. Il est à supposer que leur action se lie au mouvement péristaltique du tube digestif. Ce sont des irritants placés à la base de l'intestin, et dont l'effet se fait sentir jusqu'en haut. On pourrait dire qu'ils agissent à distance.

Enfin, si la constipation était due au ralentissement, à la flaccidité des parois abdominales, il faudrait recourir à une ceinture abdominale fortement serrée; et l'intestin, ainsi maintenu dans son espace normal, pourrait se contracter sur lui-même, comme s'il se trouvait dans les conditions les plus normales.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

Du traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie cérébrales par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude; par M. le docteur Éd. CARRIÈRE.

Dans la brochure qui porte ce titre, M. Carrière a cherché à prouver que les causes, que le traitement de la congestion et de l'apoplexie cérébrales, que l'on pourrait croire parfaitement connus, peuvent encore donner lieu à des études utiles et à des applications heureuses.

Quant aux causes, Rochoux avait déjà fait cette judicieuse remarque que l'observation des faits met très-souvent en défaut l'énumération vulgaire des auteurs sur le tempérament, la brièveté du cou, la coloration du teint, l'embonpoint, etc. M. Carrière confirme ces données du médecin de Bicêtre, et cite des cas dans lesquels tous ces caractères du tempérament dit apoplectique étaient complétement absents. Pour M. Carrière, il y a avant tout une prédisposition à la congestion et à l'apoplexie. Cette prédisposition, il la cherche plus loin et plus avant que dans ces caractères si souvent trompeurs, et il la trouve dans une altération du fluide nourricier, dans le sang. En quoi consiste cette altération du sang? Dans une alcalisation insuffisante de ce fluide. Le sang est normalement alcalin. Il a besoin de l'être pour circuler librement dans l'immense réseau vasculaire qu'il doit parcourir. Si, sous certaines influences, et l'alimentation riche en est la principale, le sang perd de son alcalinité, il circule plus difficilement, il stagne dans certains parenchymes (congestion), il s'opère des raptus (apoplexie, hémorrhagie).

Quoi qu'il en soit de cette vue, tout au moins fort ingénieuse, M. Carrière conseille, en s'appuyant sur des faits pratiques d'une incontestable valeur, de ne pas attendre l'explosion des accidents graves de la congestion ou de l'hémorrhagie cérébrales, contre lesquels il ne reste plus d'autres armes que la lancette. « La saignée, dit-il, est une soupape de sûreté qu'on ouvre au moment de l'explosion et qui sauve quelquefois la machine. Cependant, la soupape n'est qu'un moyen secondaire, et qui serait bien impuissant, réduit à lui seul, si l'on ne savait pas régler le degré d'élasticité de la vapeur comme la force de résistance de la chaudière. »

Les moyens plus intimes et plus profonds que M. Carrière préconise, ce sont les alcalins, dont l'usage intelligent et surveillé doit rendre au sang le degré de fluidité qui lui manque, et faire disparaître la cause prochaine de la congestion ou de l'hémorrhagie.

Les deux passages suivants de la brochure de M. Carrière résument très-clairement et son étiologie et sa thérapeutique:

« Un régime trop substantiel, une vie trop molle, produisent un excès de nutrition et par suite une grande richesse de sang. Le corps reçoit beaucoup et ne dépense pas assez. Le sentiment de lourdeur, de plénitude générale qui en résulte, accuse ordinairement un changement dans l'état des humeurs. S'il y a de l'acidité, la constatation en est facile par la manière dont s'opèrent les digestions, par les douleurs qui se font sentir dans l'estomac et par l'odeur des rapports qui en viennent. Pour éviter les congestions qui se produisent bientôt, si elles ne se sont pas déjà produites quelquefois, il faut administrer les alcalins. La saignée modère les accidents ou les retarde; elle ne modifie pas la cause qui, restant toujours active, doit finir par se manifester plus ou moins violemment.

. . . .

» Le traitement par les alcalins n'offre pas de difficultés. La situation une fois

constatée, il faut agir à faible dose pour les affections circonscrites, à doses plus élevées pour les plus étendues et les plus graves. La manière la plus simple de les administrer est la meilleure, et le médicament qui doit avoir la préférence sur tous les autres est le bi-carbonate de soude. Loin d'exclure les eaux minérales alcalines, je les recommande au contraire. Loin de rejeter l'ammoniaque, je crois qu'elle est utile aussi, dans les cas ou dans les moments pressés. Ces règles générales une fois posées, je passe aux détails.

» Quand l'affection est bornée à l'estomac, quelques grammes de bi-carbonate de soude suffisent. On l'administre par doses d'un demi gramme ou de 1 gramme tout au plus, dans un verre d'eau édulcorée de sirop simple. Après douze ou quinze jours, et quelquefois moins, de cette médication, il est rare que les douleurs et la paresse des facultés digestives n'aient pas cessé. On est souvent surpris, on me permettra de le répéter, qu'un état qui a résisté à la série des antispasmodiques cède aussi vite et sous l'influence d'un médicament qui paraît avoir si peu d'activité.

» Lorsque l'économie présente des symptômes généraux de congestion, et que le danger paraît encore éloigné, les chances sont favorables pour commencer le traitement. Il est de tous les temps, il est vrai, mais l'effet successif produit par les alcalins ne s'improvise pas; j'ai à peine besoin de répéter qu'il faut un délai pour qu'une transformation profonde s'opère dans les qualités chimiques du sang et dans celles d'autres humeurs. Ainsi à cette époque, surtout, où les violentes secousses ne sont pas encore à craindre, on peut compter sur une grande amélioration, et peut-être sur un succès complet au moyen du bicarbonate de soude. On commencera par 1 gramme dans de l'eau et du sirop simple, et l'on arrivera progressivement jusqu'à 2, et même plus haut, sans trop élever la dose. C'est dans la mesure que git l'efficacité de la médication. En interrompant au bout de deux, trois semaines ou un mois l'administration régulière de la potion, on pourra mieux juger la valeur réelle des effets et conserver au médicament son action, en restant dans les limites des doses modérées.

» Dans un état plus avancé, c'est-à-dire à la veille ou au moment d'une congestion simple, comme d'une congestion apoplectique, c'est à l'ammoniaque qu'il faut avoir recours, à l'imitation de MM. Page et Gavarret. La dose de 25 gouttes dans un demi-verre d'eau, pendant les attaques, me paraît assez forte; mais comme ce mélange s'administre par intervalle, on peut l'admettre et on peut même augmenter, suivant les cas, les proportions de l'élément actif. Après l'attaque, au lieu de donner 5 gouttes toutes les heures dans un demi-verre d'eau, il serait préférable, à mon avis, de rapprocher l'action en donnant 2 gouttes toutes les demi-heures, dans la même quantité de liquide. On peut désapprouver ce traitement, on ne peut pas dire qu'il ne soit pas rationnel. S'il n'exclut pas la saignée, remède dirigé contre un phénomène secondaire du mal, il la domine, parce qu'il s'adresse à la cause et non pas à un de ses phénomènes consécutifs. » (*Union médicale.*)

Emploi de la ficaria ranunculoïdes contre le molimen hémorrhoïdal. — Le docteur Neuhausen s'est servi avec grand et prompt succès de la petite chélidoine (*ficaria ranunculoïdes*, Haller; *ranunculus ficaria*, Linn.), pour combattre la congestion hémorrhoïdale. La racine de la plante, administrée en infusion, ne tarde pas à manifester ses effets: sous son influence, les selles deviennent régulières, ont lieu sans douleurs et s'accompagnent de beaucoup de mucosités; si l'on en continue pendant un certain temps l'usage, l'affection hémorrhoïdale perd de son intensité et les accidents qui l'accompagnent d'ordinaire finissent par disparaître. — La petite chélidoine a été beaucoup employée, comme on sait, par les anciens médecins chez les sujets affectés d'hémorrhoïdes; les résultats qu'en a obtenus M. Neuhausen prouvent qu'elle ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée.

(*Organ. f. d. ges. Heilk.* et *Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

Application topique de la teinture d'iode dans la variole; par M. le docteur James CRAWFORD. — M. le docteur J. Crawford a publié, il y a neuf ans, un mémoire sur le traitement abortif de la variole au moyen des applications locales de teinture d'iode (1); il vient de faire connaître dans un journal américain le résultat de sa pratique à cet égard.

Voici son procédé :

La face du malade est barbouillée deux ou trois fois par jour de teinture d'iode; cette application du médicament est répétée jusqu'à la fin de la période de développement des pustules. L'efficacité du traitement est d'autant plus marquée qu'il est mis en usage à une époque plus rap-

(1) Voir tome VII, p. 148 et tome IX, p. 156.

prochée du début de la maladie. On parvient ainsi à modérer le travail phlegmasique et l'ulcération du derme.

M. Crawford a pu sans aucun inconvénient étendre ce traitement à toute la surface du tégument externe. La première application de teinture d'iode détermine un peu de douleur, qui ne se manifeste plus quand on revient à une deuxième application du médicament.

(*New-York medical Times* et *Gaz. hebd.*)

Traitement de la dysménorrhée, ou difficulté de la menstruation; par M. le professeur TROUSSEAU. — M. Trousseau formule ainsi, d'après les causes qui la produisent, le traitement de la dysménorrhée :

Tout d'abord, quand les règles ne sont que douloureuses, qu'elles se passent sans difficulté et sans anomalie, qu'elles sont enfin à l'état physiologique, il n'y a pas de traitement; on ne peut pas faire qu'une femme endure patiemment une souffrance qui est inévitable. Si pourtant cet état, qui est plus fréquent chez les jeunes filles que chez les femmes, devenait intolérable, on pourrait lui opposer une médication palliative, dont l'effet momentané n'aurait de durée qu'autant qu'on en prolongerait l'emploi. En pareil cas, on prescrira toujours avec succès la potion suivante, qui sera prise par cuillerée d'heure en heure :

Eau distillée de mélisse,	100	gram.
Sirop d'éther,	20	—
Fleurs d'oranger,	20	—
Acétate d'ammoniaque,	8	—

Et on fera prendre deux ou trois fois dans la journée un quart de lavement avec quelques gouttes de laudanum.

La dysménorrhée névralgique sera combattue par des frictions sur le bas-ventre avec la teinture de belladone, et des lavements d'eau chaude additionnée de quelques gouttes de laudanum et de teinture de belladone; si la malade est chlorotique, on la traitera par les ferrugineux selon les procédés connus. Dans le cas de pléthore, il faudrait recourir aux émissions sanguines, conseiller les préparations alcalines, les eaux minérales d'Ems, de Vichy, du Mont-Dore, et enfin soumettre la malade, s'il devenait nécessaire, à un traitement altérant.

Quand la difficulté des règles est due à la rigidité du col ou du corps de l'utérus, c'est aux préparations vireuses qu'il faut s'adresser; s'il s'agit d'une jeune fille, on prescrira en injections rectales des décoctions de datura stramonium et de belladone, en faisant prendre des pilules de 5 à 15 centigrammes d'extrait de belladone. Si c'est une femme, on pourra appliquer directement l'agent thérapeutique sur le col utérin; un bol de quelques grains d'extrait de belladone est enveloppé dans un plumasseau de coton ou de charpie, imbibé d'eau et poussé avec le doigt jusqu'au fond du vagin; en fondant, ce médicament baigne toutes les parties voisines, et son résultat est presque immédiat; enfin, si l'éruption menstruelle est trop difficile, si le sang éprouvait trop d'obstacle à sortir, on administrerait l'ergot de seigle à la dose de 1 à 2 grammes par jour. »

(*Gaz. des hôp.* et *L'Union médicale.*)

Des principaux effets qui résultent du détachement des dépôts fibrineux de l'intérieur du cœur, et de leur mélange avec le sang en circulation; par M. W. S. KIRKES, professeur à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres.

Nous rappellerons d'abord les conclusions de ce travail :

1° Les concrétions fibrineuses des valvules ou des cavités du cœur peuvent être facilement détachées pendant la vie et mêlées au sang;

2° Quand elles sont volumineuses, elles peuvent, étant poussées avec le sang, boucher subitement une grosse artère, et empêcher ainsi l'arrivée du sang à une partie importante. Quand elles sont petites, elles peuvent s'arrêter dans les vaisseaux d'un petit calibre, et donner naissance, dans les organes internes, à différentes apparences morbides. Dans d'autres cas, les particules mêlées au sang peuvent être extrêmement menues, consister en des débris de fibrine ramollie, et cependant en quantité suffisante pour produire un état d'*empoisonnement* du sang qui se manifeste par la production de symptômes typhoïdes ou par des phlébites;

3° Les effets produits dans ces différents cas et les organes affectés varient suivant le côté du cœur qui a fourni les concrétions fibrineuses. Si c'est le cœur droit, on trouvera dans les poumons des altérations, consistant en caillots dans les artères pulmonaires et en différentes infiltrations du tissu pulmonaire. Si, comme il est plus fréquent de l'observer, ce sont les valvules du cœur gauche qui ont fourni les concrétions, celles-ci peuvent se disperser dans un grand nombre d'organes, surtout dans ceux qui, comme le cerveau, la rate et les reins, reçoivent directement une grande quantité de sang.

On savait bien d'une manière générale que les concrétions fibrineuses qui se déposent dans les valvules du cœur dans différentes conditions morbides de l'économie, et surtout dans l'endocardite, peuvent se détacher, circuler avec le sang et s'arrêter dans les artères; mais on n'avait pas défini d'une manière exacte les phénomènes pathologiques auxquels donnent lieu ces accidents.

Les trois premières observations ont trait à des ramollissements du cerveau survenus à la suite de l'oblitération d'une des principales artères de la base du crâne, par des productions fibrineuses détachées de végétations verruqueuses des valvules du cœur gauche. Deux fois l'auteur trouva en même temps des caillots dans les artères iliaques et fémorales, une fois dans l'artère rénale. Il importe de noter que les tuniques artérielles étaient saines dans toute leur étendue, et même aux points où s'étaient arrêtés les caillots, tandis que les valvules aortiques étaient en partie détruites et ulcérées, et que leurs bords donnaient naissance à des excroissances molles et vasculaires. Quelquefois on trouve des caillots volumineux formés de l'adjonction de plusieurs petites masses; cet accroissement de volume a lieu alors sur place, de nouvelles concrétions étant souvent poussées vers les points où se sont arrêtées les anciennes.

On trouve assez souvent dans la rate, les reins et d'autres organes, des dépôts jaunâtres d'apparence fibrineuse dont la formation n'est pas suffisamment expliquée. Sur 21 observations semblables, le docteur Kirkes a trouvé qu'il y avait dix-neuf fois maladie du cœur gauche, une fois un anévrisme de l'aorte. Ces dépôts fibrineux, attribués quelquefois à des phlébites capillaires des organes internes, étant, dans presque tous les cas, accompagnés de maladie des valvules, et les sujets n'ayant présenté aucun des symptômes caractéristiques de la phlébite, il y a lieu de penser que l'obstruction capillaire et l'infiltration de fibrine sont dues, dans ces cas aussi, à la maladie du cœur; comme il s'agit ici d'un fait d'une certaine importance pathologique, rappelons que le Mémoire que nous analysons a été lu à la Société médicale et chirurgicale de Londres le 25 mai 1852, et que, d'autre part, bien avant cette époque, Rokitanski et Hasse avaient insisté sur les rapports qui existent entre l'endocardite et les dépôts fibrineux.

Ces pathologistes pensaient que, dans ces cas, l'endocardite agissait par les produits d'exsudation de l'endocarde qui, mêlés au sang, le rendaient plus facilement coagulable, et que cette coagulation avait lieu dans les points du système capillaire où le cours du sang était naturellement ralenti.

Suivant lui, la maladie procéderait, dans ces cas, comme lorsqu'on injecte dans le sang des matériaux pulvérulents qui s'arrêtent dans les poumons, la rate et d'autres organes, et produisent sur place quelquefois de petites pétéchies, quelquefois des ecchymoses plus considérables.

Viennent ensuite des cas d'un autre ordre dans lesquels des symptômes typhoïdes, analogues à ceux de l'infection purulente, ont été observés pendant la vie concurremment avec des endocardites simples ou rhumatismales. On peut en quelque sorte établir entre ces observations et les faits précédents quelque rapprochement. Sans doute que les matières dissoutes, demi-liquides ou tout à fait désagrégées, qui se mêlent au sang au début ou à la fin de certaines endocardites, peuvent donner à ce liquide une constitution qui le rapproche de l'état qu'il présente dans l'infection purulente; mais nous ferons observer que ce n'est là qu'une vue de l'esprit, et que les faits de ce genre n'ont pas encore reçu leur consécration expérimentale. (*Journ. des Conn. médic. et Revue médico-chirurg. de Paris.*)

Dépérissement rapide produit par la paralysie du voile du palais. — Un enfant âgé de deux à trois ans a été amené à la clinique de M. Trousseau, à l'occasion d'une infirmité dont on s'occupe peu, et qui pourtant mérite, au plus haut degré, de fixer l'attention des praticiens.

A la suite d'une angine, cet enfant avait eu des accidents singuliers. Il prononçait certaines lettres en nasonnant, et quand il avalait des aliments liquides, une partie de ces aliments refluait par les fosses nasales en provoquant un malaise considérable. Cet état fâcheux persistant, on ne tarda pas à voir le petit malade dépérir, et un médecin fut consulté. Celui-ci reconnut, à l'inspection de l'arrière-gorge, que le voile du palais, au lieu d'être mobile et de se courber en voûte, était immobile, et tombait perpendiculairement. Il n'y avait pas de doute sur l'existence d'une paralysie de cet organe; et pour la faire cesser, on toucha le voile avec un pinceau, chargé d'ammoniaque, moyen qui réussit quelquefois en pareils cas, mais qui, dans celui-ci, échoua complétement. La paralysie du voile du palais, disait à ce sujet M. Trousseau, n'est point de ces paralysies

qui dépendent d'une affection du cerveau. C'est une paralysie partielle qui frappe les plans musculaires et qui n'est pas sans analogie avec les paralysies de cause rhumatismale. Elle se produit à la suite des inflammations de la gorge et surtout à la suite des abcès qui se développent dans le tissu cellulaire interstitiel des amygdales. Une fois la mobilité éteinte dans le voile du palais, le malade perd la faculté de prononcer les lettres qui exigent que l'air passe par la bouche et par les fosses nasales comme l'M, et il y a de plus régurgitation des aliments liquides par ces dernières cavités.

Que peut-on faire contre une pareille affection ? Essayer d'abord les cathérétiques, l'ammoniaque, le nitrate d'argent qui, bien qu'ils aient échoué dans le cas dont il s'agit, suffisent quelquefois. Mais ce que M. Trousseau préconise par-dessus tout, c'est l'administration des toniques généraux associés à des médicaments de consistance ferme que les malades puissent avaler. Il a donné le conseil de faire prendre à l'enfant qu'on lui avait amené des morceaux de viande contenant des substances très-toniques, de l'extrait de quinquina ou du tannate de quinine, qui n'a pas de mauvais goût. Il a prescrit, en outre, des frictions sur l'échine et sur les parties latérales du cou avec de la teinture alcoolique de noix vomique simple ou mélangée avec de l'eau de Cologne dans les proportions suivantes :

Pr. Teinture de noix vomique. . 30 gram.
Eau de Cologne. 100

On joindra à ces moyens des lavements de quinquina, et, s'il est nécessaire, on agira directement sur le voile du palais au moyen de l'électricité. On ne doit pas perdre de vue d'ailleurs que cette maladie est très-rebelle, et que le dépérissement marchant vite quand la déglutition se fait mal, il faudrait sans hésiter recourir à la sonde œsophagienne pour soutenir les forces de l'enfant, si la paralysie paraissait devoir opposer une certaine résistance à la médication employée (1).

(*Journal de méd. et de chirurg. prat.*)

SIGNE TIRÉ DE LA COULEUR DE LA PEAU POUR DIAGNOSTIQUER CERTAINES LÉSIONS OSSEUSES DE LA RÉGION MALLÉOLAIRE.

Au n° 44 de la salle Sainte-Vierge était couché, dans le courant du mois de mars, un jeune homme à l'occasion duquel M. Velpeau a fait quelques remarques intéressantes sur les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, non suivies de déplacement.

Le malade dont il s'agit, exerçant la profession de fort de la halle. En portant sur les épaules un poids considérable, il fut heurté par une charrette et tomba. Il est difficile de savoir précisément dans quelle situation se trouvait placé le pied droit au moment de la chute ; mais ce qui est certain, c'est que ce garçon éprouva une vive douleur vers la région des malléoles de ce côté, et qu'après avoir été relevé, il se rendit péniblement chez lui, très-convaincu qu'il avait pour le moins une entorse. Le lendemain les parties molles étant tuméfiées, il prit le parti de se faire transporter à la Charité et voici ce que l'examen du membre malade offrit à M. Velpeau. La jambe droite était gonflée depuis les orteils jusqu'à la naissance du mollet. La peau était rouge, non de cette rougeur vive qui caractérise l'érysipèle, mais d'une teinte bronzée toute particulière. Du reste, pas de déviation, pas d'irrégularité, pas de mobilité. A ne juger que par les yeux, on aurait diagnostiqué dans ce cas une entorse simple, et cependant le seul aspect des téguments avait de prime abord conduit M. Velpeau à supposer qu'il y avait une fracture. Poursuivant dès lors ses recherches avec instance, il trouva bientôt une fracture du péroné et une fracture de la malléole interne reconnaissables à la douleur que faisait éprouver la pression du doigt et à un certain degré de mobilité, quand on communiquait des mouvements en sens inverse au pied et à la jambe.

Il y a, disait à ce sujet M. Velpeau, une foule de fractures du tibia et du péroné qui passent inaperçues quand elles ont pour siége la région malléolaire. Le péroné est emboîté dans la cavité sigmoïde du tibia, et l'union de ces deux os en ce point est fortifiée par des tissus fibreux si puissants qu'une fracture ayant pour siége la malléole externe et même les deux malléoles, peut exister sans mobilité des fragments. Il est du moins très-difficile de constater cette mobilité dans tous les cas, et comme le malade peut à la rigueur marcher à l'aide d'un appui, vous n'avez pour démontrer la réalité de la fracture que la douleur locale produite par la pression, signe excellent sans doute, mais non constant et qui d'ailleurs pourrait être rapporté à la contusion aussi bien qu'à l'entorse.

(1) Voilà encore une circonstance où l'on pourrait recourir avec succès aux *injections nasales* proposées et employées avec le plus grand avantage par notre estimable collègue, M. le docteur Henriette (Voir notre tome XVI, p. 146.) (N. d. l. R.)

torse. Il importe donc de prendre en considération la teinte bronzée de la peau, qui, pour M. Velpeau, est un témoignage irrécusable en faveur de la fracture. Cependant, on doit le reconnaître, des gens peu instruits de ce fait ou de mauvaise foi ne manqueront pas d'en contester la valeur et lui donneront une interprétation différente. Aussi, est-ce dans ces cas obscurs que le praticien consciencieux se voit quelquefois exposé à ces déboires que suscitent trop souvent de fâcheuses rivalités. Fort de son expérience et de son tact chirurgical, il diagnostique une fracture, prescrit le repos absolu et par prudence applique un appareil contentif. Mais le malade éprouve des doutes ou d'autres ont intérêt à douter pour lui; un nouveau médecin est appelé pour contrôler l'opinion et les actes de son confrère. Il enlève l'appareil, examine les parties et ne rencontrant pas les signes évidents d'une fracture, c'est-à-dire la mobilité et la crépitation, il conclut que le premier médecin a mal jugé. Or l'événement vient jusqu'à un certain point confirmer la dernière opinion, attendu que ces fractures sans déplacement, fractures qui, dans quelques cas, ne sont que de simples félures, guérissent à peu près sans traitement. On voit même des individus marcher avec des lésions de ce genre sans autre inconvénient que celui de réveiller des douleurs qui ne sont pas ressenties à l'état de repos. Il est donc important d'être au courant de ces faits afin de ne pas attacher à l'immobilité absolue du membre une valeur exagérée et de faire comprendre aux malades qu'on pourrait à la rigueur imiter les charlatans et les rebouteurs qui promettent de guérir en deux jours les foulures et les entorses à l'aide d'un emplâtre résolutif. Mais il convient d'ajouter qu'une pareille pratique serait en désaccord avec les règles de la prudence. Sans condamner le malade à un repos au lit de trente à quarante jours, il faut au moins qu'il garde la jambe étendue pendant une dizaine de jours. On met ce temps à profit pour prévenir les phénomènes inflammatoires ou les combattre s'il y a lieu; après cela on applique un bandage inamovible et dès lors le malade peut aller et venir en s'appuyant sur une canne. Toutefois, quoi qu'on fasse, il est rare que la douleur disparaisse avant le vingtième jour et quelquefois même elle se prolonge au delà de ce terme. Le malade dont il est question dans cet article n'a quitté l'hôpital qu'au bout d'un mois.

(*Journal de méd. et de chirurg. pratiques.*)

INFLUENCE DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES SUR LES FONCTIONS DIGESTIVES; par M. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital de Lariboisière.* — Au nombre des accidents que l'hypertrophie des amygdales peut déterminer du côté de l'appareil digestif, il faut noter la dysphagie, qui peut exister à des degrés divers, depuis la simple gêne de déglutition jusqu'à l'impossibilité absolue d'avaler même les boissons. En général, chez la plupart des sujets dont les amygdales sont anormalement développées, le passage des aliments est possible, mais détermine une douleur plus ou moins vive de l'arrière-bouche. Ce n'est que dans les cas où un état aigu vient à s'enter sur l'état chronique, que la déglutition, non-seulement des aliments solides, mais des liquides, ne peut plus momentanément s'effectuer.

Dans l'état chronique, il existe une sorte d'endolorissement de l'arrière-gorge dont le malade a conscience, même en l'absence des mouvements de déglutition. La moindre pression, exercée derrière les branches ou un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, est habituellement douloureuse. La salive elle-même ne saurait être avalée sans réveiller ces douleurs.

Indépendamment de la dysphagie, les malades se plaignent, dans beaucoup de cas, d'une sensation pénible d'empâtement dans la bouche, sensation qui n'est jamais plus manifeste que le matin, au moment du réveil. Les uns ont la bouche sèche, d'autres une hypersécrétion de salive très-marquée et bavent continuellement.

Chez un grand nombre de sujets, les mouvements de la bouche sont très-difficiles et déterminent une souffrance qui se fait sentir plus particulièrement à l'angle de la mâchoire et qui retentit quelquefois jusque dans le conduit auditif externe.

Quand les amygdales sont le siége d'une sécrétion purulente plus ou moins abondante, les produits de cette sécrétion sont versés en partie dans la cavité buccale, où on les retrouve, surtout vers le collet des dents, en partie dans l'estomac, où leur présence presque continuelle amène toujours des troubles digestifs plus ou moins marqués et, dans quelques cas, de véritables accidents d'intoxication.

Enfin, pour ne rien omettre, nous signalerons un état de névropathie ou, si l'on veut, d'hyperesthésie pharyngienne qui s'est déclaré chez un de nos jeunes malades. La sensibilité du pharynx était telle, que l'enfant ayant été touché avec une solution légère de nitrate d'argent, a déclaré avoir souffert des douleurs atroces et n'hésita pas à dire qu'il préférait l'opé-

ration à ces cautérisations. Il ne se plaignait guère même vivement quand on lui faisait de simples onctions avec la pommade iodée sur la région sous-maxillaire.

La présence continue au fond de la gorge de l'espèce de corps étranger que représente l'amygdale quand elle est hypertrophiée, est une cause permanente d'hypersécrétion glaireuse, qui paraît avoir, sur l'état de l'estomac et sur les fonctions de cet organe, une influence réelle, qui s'est traduite chez un certain nombre de malades par une inappétence très-prononcée, et qui, dans beaucoup de cas, avait été remarquée par les parents.

On comprend, au premier abord, que le malade pourrait se débarrasser de cette sécrétion glaireuse, par le simple fait de l'expulsion. Mais d'abord il faut remarquer que les enfants, qui constituent la grande majorité des sujets atteints d'hypertrophie d'amygdales, crachent rarement. D'autre part, il faut noter que l'expuition n'ayant jamais lieu pendant le sommeil, tandis que les mouvements de déglutition persistent, les mucosités glaireuses arrivent dans l'estomac. Il résulte de là que l'estomac, chez la plupart des individus atteints d'hypertrophie amygdalienne, peut être considéré comme étant habituellement occupé par des liquides glaireux en abondance, ce qui n'est pas étranger, nous le pensons, à l'inappétence dont nous avons parlé. (*La France médicale et pharm.*)

EFFETS REMARQUABLES DE L'ÉLATÉRIUM DANS LE TRAITEMENT DES HYDROPISIES. — L'élatérium est un médicament hydragogue excessivement actif, que l'on trouve recommandé dans les meilleurs auteurs, et en particulier par Sydenham, dans le traitement des hydropisies, et surtout de l'anasarque. Telle est son activité, lorsqu'il est bien préparé, qu'à faible dose, 1/16, 1/8 de grain, il détermine de nombreuses garderobes aqueuses, et assez souvent même des vomissements. C'est donc un médicament très-précieux dans les hydropisies, et qui va directement au but que l'on se propose, celui de faire diminuer et disparaître les liquides épanchés, en produisant des sécrétions exagérées et de même ordre vers d'autres voies. Mais aussi, l'on comprend que c'est un médicament dont l'activité doit être surveillée avec soin, puisqu'il pourrait donner lieu à une inflammation très-intense et très-grave de l'intestin. Dans le cours des maladies du cœur en particulier, et de la néphrite albumineuse, la thérapeutique ne compte aucun médicament sur lequel on puisse fonder d'autres grandes espérances, et nous rapportons, à l'appui de notre assertion, le fait suivant :

Une femme de 44 ans, mère de douze enfants, entra, au mois de mai dernier, dans le service de M. Todd, pour une anasarque jointe à une ascite, avec des signes évidents d'affection du cœur et des urines fortement albumineuses. Depuis dix-sept jours, la malade était à l'hôpital, soumise au traitement ordinaire, par les diurétiques, lorsqu'elle se plaignit de mouvements convulsifs dans les membres, et, dans la même nuit, elle fut prise tout d'un coup d'accès épileptiques avec convulsions générales ; écume à la bouche, et morsure de la langue ; perte de connaissance, à la suite de ces accès. Le lendemain, elle eut huit de ces accès en quelques heures. M. Todd n'hésita pas à lui prescrire 1/4 de grain d'extrait d'élatérium en une pilule, toutes les trois heures. Trois heures après, l'effet purgatif avait commencé, et, en vingt-quatre heures, la malade avait eu vingt garderobes, et avait uriné très-abondamment à chaque garderobe. Ces pilules furent continuées pendant deux jours à la même dose, puis réduites à une toutes les six heures, et l'on continua ainsi pendant dix jours. Il en résulta une grande faiblesse ; mais, en revanche, toute trace d'œdème avait disparu ; à peine s'il y avait quelques cuillerées de liquide dans l'abdomen ; la quantité d'albumine avait beaucoup diminué. La poudre de jalap composée fut substituée à l'élatérium ; mais quinze jours ne s'étaient pas passés que l'œdème reparaissait de nouveau, envahissant les membres inférieurs, et s'accompagnant d'ascite. Des mouvements convulsifs dans les membres décidèrent enfin M. Todd à revenir à l'élatérium, à la dose de 1/4 de grain toutes les trois heures ; on continua ainsi pendant deux jours, puis la malade ne prit plus que deux pilules par jour, et elle en prit ainsi pendant une quinzaine. A cette époque, elle se trouvait mieux, dormait bien la nuit, ne toussait plus, et l'hydropisie avait beaucoup diminué. Le nombre des pilules fut réduit à une par vingt-quatre heures, de manière à n'avoir que trois ou quatre garderobes. Huit jours après, la malade quittait l'hôpital sur sa demande, ne toussant plus, pouvant aller et venir, dormant bien, n'ayant plus d'hydropisie, et seulement une trace d'albumine dans les urines.

(*The Lancet* et *Bullet. gén. de thérap.*)

GUÉRISON RADICALE DES FIÈVRES INTERMITTENTES REBELLES PAR LA SAIGNÉE DU PIED PRATIQUÉE AU DÉBUT DE L'ACCÈS.

M. le docteur BRUGUIER. — Dans la première observation, c'est une fièvre quarte qui durait depuis plus d'une année. Après avoir préparé le malade par quelques jours de régime, on lui fait prendre un pédiluve chaud un quart d'heure avant l'invasion présumée de l'accès; et aussitôt que surviennent les bâillements, les pandiculations, la céphalalgie, les frissons, on lui fait une saignée du pied. Le froid ne tarde pas à diminuer; le malade est couché dans un lit très-chaud; on lui donne du tilleul à courts intervalles. La chaleur succède bientôt à cette première période; elle n'est pas très-vive; la sueur est peu abondante: en somme, l'accès est très-court. La fièvre ne revient plus.

Dans la deuxième observation, fièvre quarte durant également depuis un an. Même préparation, même saignée du pied. Les périodes de froid et de chaleur sont plus courtes que dans les accès précédents, et, comme dans le premier cas, la fièvre ne reparaît plus. Les phénomènes de cachexie paludéenne se modifient aussi très-rapidement.

Dans la troisième observation, la fièvre quarte datait de huit mois, avec des phénomènes cachectiques extrêmement prononcés. Saignée du pied de 400 grammes. Le froid est un peu moins long, la chaleur un peu moins vive, le brisement des membres très-marqué; comme chez les malades précédents, les accès ne reparaissent plus, et le malade entre dans une voie d'amélioration qui le conduit rapidement à la guérison.

Enfin, dans la quatrième observation, fièvre intermittente quotidienne datant de plusieurs mois et emportée, comme les précédentes, par la saignée du pied pratiquée comme il a été dit précédemment, avec la condition indispensable du pédiluve simple et chaud. (*Revue thérap. du Midi.*)

EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ À DOSE CONTRO-STIMULANTE DANS LE TRAITEMENT DU BUBON. — Il y a environ quatre ans (voir *Journ. de méd., de chirurg. et de pharmacologie*, tome X, p. 560), nous avons fait connaître les heureux résultats obtenus par le docteur Milton de l'emploi du tartre stibié dans le traitement du phlegmon et des inflammations phlegmoneuses externes. Depuis lors le chirurgien anglais a poursuivi ses expériences avec la même médication et il vient de publier les résultats qu'il en a obtenus dans le traitement du bubon. Voici les propositions par lesquelles il termine son travail: « 1° Le bubon, dit M. Milton, dans sa forme la plus légère, est rapidement guéri par de petits vésicatoires; 2° sous une forme plus aiguë, aucun effort ne doit être négligé pour obtenir la résolution; on y réussit en général facilement, en employant le tartre stibié à haute dose (un grain toutes les deux ou trois heures), et en faisant des applications d'eau très-chaude sur le bubon; 3° lorsque la résolution est effectuée, on peut obtenir la résolution de l'induration et de l'engorgement, comme dans le bubon indolent, à l'aide de l'iodure de potassium à l'intérieur, des vésicatoires, et, plus tard, de l'emploi de la teinture d'iode; les frictions sous toutes les formes sont nuisibles et douloureuses; 4° lorsque la résolution ne peut être obtenue, la meilleure manière d'évacuer le pus consiste à introduire une aiguille à travers la peau saine aux limites inférieures du cercle rouge, qui indique le siége de l'inflammation; 5° lorsque le bubon n'est soumis aux soins du chirurgien qu'après son ouverture, il vaut mieux le traiter par des irrigations abondantes d'eau tiède que par des applications stimulantes directes, qui sont plus douloureuses et moins efficaces; 6° on peut obtenir l'absorption du bubon indolent avec la teinture d'iode, les vésicatoires et l'iodure de potassium. »

On voit que ces conclusions renferment tout un ensemble de préceptes relativement à la thérapeutique du bubon. M. Milton devant publier un travail spécial sur le traitement de ces collections purulentes par les ponctions sous-cutanées, nous nous réservons d'en parler ultérieurement, et nous voulons seulement entrer dans quelques détails relativement au mode d'administration du tartre stibié. Ainsi qu'il a été dit plus haut, le tartre stibié est donné à la dose de 0,05 en pilule, toutes les deux ou trois heures; mais pour les vingt-quatre heures, la dose habituelle est rarement de plus de 0,40, avec ou sans addition de quelques gouttes de teinture d'opium, dans le but d'éviter les nausées et les vomissements. (*The Lancet et Bull. général de thérap.*)

DU CHOIX DES CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS DU SEIN ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE DANS LEUR APPLICATION; par M. MAISONNEUVE. (Suite. Voir notre cahier de mai, p. 457.)

4° Caustique arsénical. Les caustiques arsénicaux jouissent depuis longtemps d'une grande réputation contre le cancer. Le plus célèbre est la poudre de frère Côme, qui contient 64 parties de cinabre, 16 de sang-dragon, 8 d'arsenic et 16 de

poudre de savate brûlée. Les poudres de Rousselot, de Dupuytren, d'Antoine Dubois, de M. Manec, n'en diffèrent pas d'une manière notable.

Pour faire usage de ce caustique, on le réduit en pâte au moyen d'un peu de salive, on l'étend ensuite en couches de deux ou trois millimètres d'épaisseur sur la partie malade, et on le recouvre de toiles d'araignée, qui, en s'incorporant à la pâte, la rend plus tenace et l'empêche de se désagréger.

Ce caustique n'agit que faiblement sur la peau recouverte de son épiderme. Sur les parties dénudées, au contraire, son action est fort énergique; on a même remarqué qu'elle s'exerçait avec beaucoup plus de puissance sur les tissus morbides, quelle que soit même leur densité, que sur les tissus sains. Ce qui avait fait croire à quelques chirurgiens qu'il possédait une sorte d'action élective contre le cancer; notre expérience personnelle ne nous permet pas d'admettre cette opinion. La réaction qu'il provoque est toujours très-intense. Il en résulte des douleurs violentes et prolongées, une tuméfaction inflammatoire quelquefois fort étendue. D'une autre part, quelque précaution que l'on prenne, on ne peut empêcher que la substance toxique, qui en forme la base, ne soit absorbée en certaines proportions, et comme cette absorption ne peut être mesurée à l'avance, il en résulte souvent des phénomènes d'intoxication fort graves. Ces motifs suffisent pour rendre le praticien très-circonspect dans leur emploi, surtout quand il s'agit d'opérer la destruction de tumeurs d'un certain volume; aussi dans le cancer du sein doit-on leur préférer les caustiques dont nous avons parlé précédemment.

Il existe encore un certain nombre d'autres agents chimiques qui peuvent avec avantage être utilisés contre les cancers de différentes régions. Mais pour le cancer de la mamelle, aucun ne peut entrer en comparaison avec ceux que nous venons d'indiquer, aussi ne croyons-nous pas devoir y insister.

Précautions à prendre dans l'application des caustiques aux cancers du sein. — Lorsqu'après avoir pesé les avantages et les inconvénients des diverses méthodes opératoires applicables au cancer du sein, le chirurgien se décide pour la cautérisation, lorsqu'il a fait choix du caustique qui lui paraît le plus convenable, il lui reste encore à l'appliquer et bien diriger l'action.

L'application des caustiques dans le cancer du sein peut être exécutée d'après plusieurs procédés que nous désignerons sous le nom de cautérisation directe, de cautérisation concentrique, et de cautérisation excentrique ou de dedans en dehors.

La cautérisation directe est de beaucoup la plus simple et la plus généralement usitée; elle consiste à recouvrir toute la surface de la tumeur ou de l'ulcère d'une couche de caustique, dont l'épaisseur varie suivant la profondeur que l'on veut donner à l'escarrhe.

Quand on emploie les caustiques mous, susceptibles de fuser, il importe de surveiller attentivement leur action, pour empêcher les parties saines de subir leurs atteintes. Nous nous servons avec avantage, dans ces circonstances, de capsules de verre ou de porcelaine, dont les dimensions s'accommodent à celles des parties que l'on veut détruire; d'autres fois nous renfermons le caustique dans un cercle de charpie imbibée d'une forte solution d'alun, de dextrine ou de collodion, disposé de manière à ce qu'il oppose au caustique une barrière infranchissable. Dans tous les cas, il est prudent de laisser auprès des malades une personne expérimentée qui surveille la cautérisation jusqu'à ce qu'elle ait produit son effet. Si l'étendue des parties à détruire est trop considérable, on devra quelquefois fractionner la cautérisation, et ne l'opérer que d'une manière successive. Il est rare que, dans une première application, on puisse atteindre toute la profondeur du mal; il importe alors de la réitérer jusqu'à ce que tous les tissus morbides aient été détruits.

Le second procédé, que nous désignons sous le nom de *cautérisation concentrique*, n'est guère applicable qu'aux tumeurs très-saillantes, à base étroite; on l'exécute en appliquant tout autour de cette base une sorte de cercle caustique; on incise ensuite l'escarrhe qui en résulte, et par de nouvelles applications, on pénètre successivement jusqu'au-dessous de la tumeur. C'est surtout le caustique de Vienne solidifié, ou caustique Filhos, que l'on emploie dans ces circonstances, tant à cause de son action rapide que de sa disposition en forme de crayon, qui permet de le diriger comme on ferait d'un fer rouge, ou d'un bistouri; quelquefois nous avons ainsi déterminé en une ou deux séances, la chute de tumeurs du volume d'un œuf de poule, sans la moindre effusion de sang.

Enfin, le troisième procédé consiste à creuser dans le centre de la tumeur une excavation profonde que l'on remplit d'une substance caustique très-puissante, telle qu'un trochisque arsénical, un morceau de caustique de Vienne solidifié, de pâte de

…quoin, etc. C'est ce procédé que certains médicastres ambulants emploient comme un secret merveilleux sous le nom de piqûres, parce qu'ils se servent d'une lancette pour pratiquer l'excavation, et qu'ils dissimulent l'introduction de la substance caustique. Pour de petites tumeurs enkystées, ce procédé ne laisse pas que d'être assez efficace; nous l'avons plusieurs fois employé avec succès. Mais pour les tumeurs volumineuses, il est tout à fait insuffisant. (*La Presse médicale de Paris.*)

— Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des mélanges réfrigérants dans le cancer. — En 1849, nous avons publié un résumé du premier travail de M. Arnott *sur le froid intense ou la congélation temporaire comme remède aux maladies* (voir notre tome IX, p. 163) et plus tard, en 1852, nous avons fait connaître les résultats favorables qu'il avait obtenus de cette méthode d'application dans le traitement du cancer (voir notre tome XIV, p. 42). Il vient de publier récemment dans *The Lancet* de nouveaux faits relatifs au traitement du cancer et qui témoignent en faveur de ces mélanges réfrigérants. Nous empruntons le résumé suivant au *Bulletin de thérapeutique*.

Nous revenons sur ce mode de traitement du cancer, non pas que nous pensions qu'on obtienne jamais de cette manière la guérison définitive et radicale de véritables cancers; mais parce que les effets authentiques de ces mélanges réfrigérants, s'ajoutant à l'arrêt momentané de la circulation dans la tumeur, pourraient peut-être suspendre la marche de la maladie, et au moins calmer les douleurs atroces qui sont la conséquence du travail ulcératif des tumeurs cancéreuses. Nous voyons aussi avec intérêt que M. Arnott a fait subir à sa médication des modifications utiles, en ce sens qu'il fait aujourd'hui des applications très-courtes, qui ont seulement pour but de calmer la douleur, et des applications plus prolongées, qui peuvent être jusque de quatre minutes, en ayant la précaution de faire suivre l'application de la glace de celle d'une vessie d'eau à la glace, dans le but d'éviter la réaction brusque qui suivrait l'emploi du mélange réfrigérant, et la douleur qui pourrait en être la conséquence.

Dans le premier fait rapporté par M. Arnott, il s'agit d'une dame de cinquante ans, d'une santé assez détériorée, qui portait depuis plus de deux ans une tumeur volumineuse et dure, ou plutôt deux tumeurs contiguës, avec douleurs pongitives et rétraction considérable du mamelon. Cette tumeur avait résisté à tous les traitements, et depuis neuf mois, la malade, qui s'était refusée à l'opération, ne faisait plus aucun traitement. Deux applications furent faites par M. Arnott, à une semaine d'intervalle, dont la malade se trouva si bien, qu'en l'absence de ce chirurgien son mari les lui continua. Or, en très-peu de temps, les douleurs furent complétement calmées, et la tumeur avait diminué des deux tiers. En deux mois, et bien qu'on n'eût fait que trois ou quatre applications prolongées et des applications fréquentes et d'assez courte durée, l'amélioration était évidente. Quelque temps après, la glace manqua, et la malade, qui se trouvait très-bien, n'eut pas de rechute; au contraire, lorsque M. Arnott en eut des nouvelles, un an après, il ne restait plus rien de la tumeur, et seulement une excavation de substance gommeuse, non sur le mamelon, mais au pourtour de celui-ci.

Dans le second cas, c'était une femme, qui portait dans la mamelle une tumeur dure, aplatie, hémisphérique, de trois pouces de diamètre, bosselée à sa surface, non cohérente à la peau, excepté au niveau du mamelon, qui était rétracté, et légèrement ulcéré; il y avait, en même temps, des douleurs lancinantes. La maladie durait depuis plus de deux ans, et de tous les moyens employés aucun n'avait réussi. M. Laurence, consulté, avait proposé l'opération, comme la seule et unique ressource. Au mois de mai 1853, le traitement fut commencé par une application du mélange frigorifique pendant quatre minutes, avec application d'une vessie d'eau glacée à la suite. On revint à cette application tous les mois. Six mois après, lorsque M. Arnott revit cette femme, la tumeur avait diminué, surtout en épaisseur, et, à tout autre égard, son état était fort bon. Au mois d'avril de cette année, la tumeur était toujours appréciable, quoique moins épaisse; mais depuis quatre mois la malade n'avait pas eu une seule mauvaise nuit, tout au plus si elle avait, de temps en temps, quelques élancements passagers dans la tumeur. Sa santé générale était très-bonne, et elle se trouvait très-bien d'exercice en plein air. Cependant ce n'était qu'un état pallié; car, dès que la malade restait plus de quelques semaines sans revenir à cette application, la vie revenait, disait-elle, dans la tumeur; et, dans la crainte de reperdre ce qu'elle avait gagné, elle reprenait l'usage des mélanges réfrigérants.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'HYDROCÈLE CHEZ LES ENFANTS. — Un enfant de deux mois a été apporté à la consultation pour une tumeur des bourses datant de la naissance. Les parents affirmaient qu'il y avait des temps où cette tumeur était moins considérable, sans toutefois disparaître complétement. C'était une hydrocèle et une hydrocèle congéniale; mais pour M. Guersant toute hydrocèle congéniale n'implique pas nécessairement l'idée que le liquide communique avec la cavité abdominale. Il existe, suivant lui, des hydrocèles de la tunique vaginale bien circonscrites, et c'est ce qu'on observait ici. On sentait une tumeur dure, résistante, dont la pression vers le collet donnait la sensation d'un cul-de-sac contre lequel venait se heurter le liquide. Dans cette hypothèse, il n'y a nul danger à ponctionner; mais on se borne à cette opération. Après avoir évacué une certaine quantité de liquide, M. Guersant a retiré la canule et recommandé à la mère d'entretenir sur les bourses des compresses imbibées de gros vin rouge chauffé. Ces compresses jointes à la stimulation produite sur la tunique vaginale par l'extrémité de la canule suffisent quelquefois pour amener la guérison, cependant il ne faut pas trop y compter et il est toujours convenable de se faire ramener l'enfant au bout d'une semaine.

En général, dit M. Guersant, le pronostic de l'hydrocèle n'est pas grave chez l'enfant. Sur vingt nouveau-nés affectés d'hydrocèle communiquant avec la cavité péritonéale, il y en a douze qui en guérissent quand la constitution se fortifie. Il arrive qu'un enfant porte une double hydrocèle congéniale, vous lui donnez une bonne nourrice et la double hydrocèle disparaît en moins de deux mois. Quand le régime ne suffit pas, on y ajoute les applications de compresses imbibées d'eau vineuse ou d'une décoction de roses de Provins, puis l'usage d'un bandage qui agit avec une grande efficacité. M. Guersant a recours, dans ce cas, à un bandage herniaire à pelotte bien garnie et à ressort doux. Il refoule le liquide dans l'abdomen, puis il applique le bandage; or, si l'ouverture n'excède pas un demi-centimètre, ce bandage, dont l'application exige d'ailleurs une surveillance continuelle, réussit et peut amener la guérison en trois semaines.

Il n'en est pas de même pour les hydrocèles circonscrites de la tunique vaginale et pour les hydrocèles enkystées du cordon. Celles-là n'ont jamais guéri par les seuls efforts de la nature. Dans le cas d'hydrocèle vaginale, nous venons de voir que M. Guersant, adoptant la méthode de Dupuytren, se borne à évacuer le liquide et attend. Chez des enfants âgés de moins de deux ans, on obtient quelque succès en agissant ainsi; mais, le plus souvent, il y a récidive, et il faut en venir à la cure définitive.

Des trois méthodes usitées en pareil cas chez l'adulte, il en est une que M. Guersant n'a jamais employée, c'est l'incision. Le séton lui a réussi quelquefois et convient aux cas d'hydrocèle cloisonnée avec épaississement de la tunique vaginale; mais c'est à l'injection qu'il a le plus souvent recours. Ce chirurgien a employé tour à tour le vin pur, la décoction vineuse de roses de Provins, le vin et l'eau-de-vie camphrée, l'eau-de-vie camphrée pure et la teinture d'iode. Or chacun de ces liquides a compté des succès et des insuccès. Ce n'est donc pas tant la matière de l'injection que l'ensemble des précautions avec lesquelles on procède à cette injection qui assure la réussite de l'opération. Lorsqu'on opère les hydrocèles avec la teinture alcoolique d'iode, il faut au moins un tiers de cette teinture pour deux tiers d'eau distillée dans le mélange qui doit servir à l'injection. Au-dessous de cette proportion, l'effet n'est pas produit. C'est d'ailleurs un moyen excellent et qui offre le très-grand avantage de n'exiger qu'une injection et de modifier très-heureusement le testicule quand cet organe est engorgé. Cependant c'est encore le vin que M. Guersant emploie habituellement dans sa pratique. Il l'injecte à une température modérée et ne laisse séjourner que deux à trois minutes chaque fois. On ajoute au liquide de la troisième injection une cuillerée à café d'eau-de-vie camphrée.

Quant à l'hydrocèle enkystée du cordon, M. Guersant ne la ponctionne pas avec le trois-quarts. Il fixe la tumeur entre les doigts et la traverse avec une aiguille courbe entraînant un fil. Ce séton est laissé en place pendant deux à quatre jours. Ou bien il ouvre le kyste avec un bistouri et le remplit de charpie pour y provoquer un travail inflammatoire et en obtenir par suite l'oblitération.

(*Journal de méd. et de chirurg. prat.*)

CURE DE L'HYDROCÈLE PAR [illegible] DE [illegible], par M. BELLUCCI. — L'opération de la cure radicale de l'hydrocèle est aujourd'hui une des plus simples et des plus sûres de la chirurgie. C'est une opération cependant, et comme telle, elle n'est pas entièrement exempte d'accidents. On doit donc accueillir avec empressement tout moyen qui permet d'arriver

ans elle au même but. Celui qué propose l. Bellucci, et qu'il appuie de cinq observations, est des plus innocents et des plus imples. Il consiste dans l'emploi d'une pommade composée de 4 à 6 grammes de oudre de feuilles de digitale pourprée et e 30 grammes d'axonge. Des frictions ont faites sur la tumeur, en ayant soin de ien laver le scrotum tous les cinq ou six ours, pour activer l'absorption du remède. Cinq cas d'hydrocèle, dont un aigu t quatre chroniques, rapportés par l'auteur, témoignent de l'efficacité du nouveau moyen, qu'il a suffi d'employer deux à rois mois, pour arriver à une guérison omplète et solide.
(Il Filiatre Sebezio et Gaz. méd. de Paris.)

Injection de teinture d'iode comme moyen de diagnostic de l'ouverture interne des fistules à l'anus. — Dans un as de fistule à l'anus dont l'ouverture interne n'avait pu être constatée par les moyens d'investigation usités en pareil as, M. Limauge eut l'idée d'injecter dans e trajet fistuleux, par l'orifice externe, de a teinture d'iode pure, après avoir au préalable introduit le doigt dans l'anus. Lorsqu'il retira le doigt, il y remarqua une tache indélébile produite par la teinture d'iode, et en comparant la situation de cette tache avec la profondeur à laquelle le doigt avait pénétré dans l'intestin, il acquit non-seulement la preuve de l'existence de l'orifice interne de la fistule, mais encore une donnée précise sur la hauteur de cet orifice dans le rectum.

M. Limauge fait observer avec raison que ce moyen de diagnostic est infiniment préférable à tous les autres liquides colorés que l'on a conseillé d'injecter dans le trajet fistuleux, d'abord parce que, si le pertuis interne est très-petit, il pourra arriver que la quantité de liquide introduite dans l'intestin sera tellement minime qu'il sera difficile d'en constater la sortie par l'anus; ensuite, parce que la coloration qu'il pourrait produire sur le doigt introduit dans le rectum n'a pas la fixité des taches occasionnées par la teinture d'iode. *(Archiv. belges de méd. milit.)*

Vomissements incoercibles pendant la grossesse, guéris par le vin de Champagne. — Une femme enceinte observée par M. Jacquemin, fut prise au Hâvre de vomissements incoercibles, contre lesquels échouèrent tous les moyens usités en pareil cas. Ramenée à Paris, où elle réside ordinairement, notre confrère fut appelé. Les vomissements se répétaient toutes les cinq minutes ; il y avait du délire, le marasme était au comble. M. Jacquemin pensa d'abord à provoquer un accouchement prématuré ; mais M. le professeur Moreau, consulté, fut d'avis d'attendre encore, et d'ici là de satisfaire le goût de la malade pour les alcooliques et le vin de Champagne. Sous l'influence de ce dernier, les vomissements finirent par céder et la grossesse put être menée à terme. Depuis, cette dame est encore redevenue enceinte, et est heureusement accouchée. *(Annales méd. de la Flandre occidentale.)*

De la paracentèse du thorax ; par le docteur MARROTTE. — L'opération qui consiste à donner issue au liquide contenu dans la cavité des plèvres est des plus anciennes, et l'on en trouve même dans Hippocrate des indications nombreuses, d'une précision, d'une hardiesse incroyables. Chose singulière, il n'est peut-être pas de question qui ait soulevé, depuis quelques années, plus de discussions, les uns s'en déclarant les partisans les plus enthousiastes, les autres la rejetant absolument comme dangereuse ou tout au moins comme ne présentant aucun avantage sérieux. La Société médicale des hôpitaux de Paris s'est émue d'un pareil état de choses, et a chargé une commission composée de cinq de ses membres les plus distingués de lui présenter un rapport sur cette question. Nous allons chercher à faire en quelques lignes une rapide analyse du travail publié par la Société.

Sous le nom de paracentèse du thorax, le rapporteur désigne toute opération ayant pour but l'ouverture des plèvres, qu'elle soit pratiquée avec le bistouri ou le trois-quarts ; qu'elle permette ou empêche l'introduction de l'air ; qu'elle donne issue à du sang, du pus, de la sérosité, à des liquides ou à des gaz.

Deux méthodes distinctes sont suivies pour cette opération ; la première et la plus ancienne consiste à ouvrir une libre communication entre la cavité thoracique et l'air extérieur ; l'auteur lui conserve le nom ancien d'*empyème* ; la seconde a pour résultat d'évacuer la plèvre sans permettre à l'air de s'y introduire : c'est la *thoracocentèse.*

Empyème. — La conséquence inévitable de l'empyème, c'est l'entrée de l'air dans la poitrine. Sans regarder cette introduction comme insignifiante, l'auteur ne peut accepter sans restriction le jugement de la plupart des médecins appliqué indifféremment à toutes les catégories d'épanchement. L'entrée de l'air dans les plèvres donne lieu à trois sortes de phénomènes :

1° action mécanique ; 2° action irritante ; 3° action putréfiante.

L'action mécanique n'est pas ce qu'elle serait, pratiquée sur un sujet bien portant. Tous les malades, après l'évacuation de la plèvre, éprouvent un soulagement notable ; les organes voisins reprennent leur position habituelle, et font profiter le poumon sain de l'espace qu'ils ont laissé libre. Même avant l'oblitération de la plaie, le poumon malade reprend une partie de son volume et reçoit de l'air à son sommet. La difformité du thorax diminue de plus en plus après la guérison, et la *Revue médico-chirurgicale* a rapporté, en septembre 1852, un fait dû à M. Marrotte, dans lequel, trois mois après la guérison de la plaie, on ne constatait plus qu'une très-légère différence entre les deux côtés du thorax.

L'action irritante de l'air n'est ni aussi grave, ni aussi absolue qu'on l'a cru. Introduit en petite quantité et non renouvelé, il ne produit aucun accident. Si des colonnes d'air considérables circulent dans la plèvre, il se produit bientôt une inflammation qui peut devenir très-intense, surtout si la plèvre était déjà le siége d'une phlegmasie aiguë, et principalement d'une inflammation suppurative. Mais, là encore, le danger n'est pas aussi grand qu'on peut le croire ; l'auteur pense que quelquefois cette recrudescence de la phlegmasie devient un coup de fouet dont les résultats peuvent être avantageux : il se développe une de ces inflammations substitutives que le médecin emploie si souvent dans un but thérapeutique.

Pour l'action putréfiante, M. Marrotte prouve par des faits que la putréfaction des liquides de la plèvre n'est ni constante ni fatale, après l'empyème. Il est même arrivé souvent que l'on a fait cesser la putridité du pus pleural en combattant l'inflammation excessive, en ouvrant à la suppuration et à l'air une issue large qui permet de nettoyer le foyer par des injections.

Thoracocentèse. — La thoracocentèse a l'avantage sur l'empyème de ne pas laisser l'air s'introduire dans la cavité de la plèvre. Si le poumon n'a pas contracté d'adhérences, il peut se faire et il arrive souvent qu'il reprenne peu à peu son volume normal ; dans ce cas il ne reste plus de liquide dans le thorax, et le côté malade conserve ses dimensions ; si des adhérences s'opposent à ce qu'il se laisse distendre par l'air extérieur pendant l'inspiration, ou il restera une certaine quantité de liquide dans la plèvre, ou le côté malade se rétrécira plus ou moins.

[illegible] à la suite de la thoracocentèse.

Lorsque les fausses membranes qui retiennent le poumon opposent de la résistance, les malades ont souvent la sensation de leur rupture pendant l'expansion pulmonaire. L'évacuation du liquide s'accompagne souvent de toux, ce qui est d'un bon augure. Mais si cette toux devient incoercible, il faut interrompre la sortie du liquide, quitte à y revenir plus tard. Il peut aussi intervenir des syncopes à la suite d'une déplétion trop rapide et trop abondante de la cavité pleurale. Il est bon de prescrire pendant quelques jours aux malades, pour éviter les accidents, une immobilité presque complète.

Enfin, la thoracocentèse détermine vers les poumons un afflux sanguin qui peut se traduire par une reproduction rapide du liquide, une extravasation sanguine, une pneumonie, une exacerbation de la pleurésie.

Sous le rapport de la déformation du thorax qui se produit après l'opération de l'empyème et après la thoracocentèse, l'avantage paraît rester à cette dernière, à la suite de laquelle le rétrécissement du côté malade est moins considérable.

La paracentèse du thorax, quelle que soit la méthode employée, peut avoir des conséquences qui, pour être moins locales et moins directes, n'en doivent pas moins être prises en considération. Elle est souvent suivie de l'apparition de sueurs ou d'urines abondantes ; elle peut donc concourir à la guérison d'une manière indirecte, en levant l'obstacle qui s'opposait à la manifestation de ces excrétions favorables.

Les effets dont il nous reste à parler sont d'une nature tout opposée, et compromettent les résultats de l'opération ou en deviennent une contre-indication. Ce sont les déperditions abondantes que la paracentèse fait quelquefois subir aux malades. Ce reproche s'adresse particulièrement à l'empyème ; mais la thoracocentèse n'y échappe pas entièrement, et, après l'opération, il peut arriver que la reproduction du liquide soit très-rapide et très-abondante, partant très-dangereuse ; car, pour épuiser moins que les déperditions sanguines, les déperditions séreuses n'en sont pas moins funestes à certains malades affaiblis par des pertes antérieures ou parvenus à un état de cachexie. Elles devront donc entrer en ligne de compte dans les indications et les contre-indications de la thoracocentèse.

(*Revue médico-chirurgicale de Paris.*)

Chimie médicale et pharmacie.

Mémoire sur les diverses essences de térébenthine, par M. Marcellin Berthelot. — Dans un précédent mémoire dont nous avons rendu compte dans le numéro de février du *Journal de Pharmacie*, M. Berthelot a étudié l'action de la chaleur sur l'essence de térébenthine ; celui-ci a pour objet de distinguer et de caractériser les espèces ou variétés permanentes qui ont été confondues jusqu'ici sous le nom générique d'essence de térébenthine.

Cette essence est constituée par un carbure de la formule $C^{20}H^{16}$. Ce carbure donne naissance à un hydrate cristallisé ; il s'unit directement à un équivalent d'acide chlorhydrique pour former un composé tantôt liquide, tantôt solide (camphre artificiel). Ces caractères sont communs à plusieurs essences des conifères et établissent entre elles un lien fort étroit. Ces essences ne sont cependant pas complétement identiques ; leurs propriétés physiques, et surtout leur action sur la lumière polarisée, paraissent varier avec la nature des arbres dont elles proviennent. Ainsi l'essence française, extraite du pin maritime, est lévogyre, tandis que, d'après les observations de MM. Bouchardat et Pereira, l'essence anglaise, extraite du pin austral, est dextrogyre. Ainsi encore, le pouvoir rotatoire de plusieurs essences lévogyres examinées par M. Bouchardat, varie avec l'espèce de conifères qui les produit. Ces essences sont donc moléculairement distinctes, bien que d'une composition et jusqu'à un certain point d'une constitution chimique semblables. Cette différence persiste-t-elle entre les combinaisons pareilles auxquelles elles donnent naissance ? C'est précisément la question que Berzélius a résolue pour le phosphore blanc et le phosphore rouge, et qui se présente assez souvent pour les acides organiques.

Il est à remarquer d'ailleurs, en ce qui concerne les essences de térébenthine, que non-seulement chaque arbre fournit une essence distincte par certaines propriétés de celles des autres arbres, mais que l'essence extraite d'une seule espèce de pin ne paraît pas homogène, c'est-à-dire formée par un carbure unique. Il résulte, en effet, de nombreuses observations, que son point d'ébullition n'est pas fixe, et que l'essence recueillie aux diverses époques de la distillation ne présente pas cette constance de propriétés qui caractérise l'unité tant physique que chimique d'une substance.

Ces différences résultent-elles d'une altération subie par l'essence durant sa distillation, comme M. Bouchardat l'a pensé, ou bien indiquent-elles la préexistence de plusieurs carbures isomères dans l'essence étudiée, telle qu'elle se trouve dans les sucs naturels ? ces carbures multiples se conservent-ils distincts jusque dans leurs combinaisons ? Enfin la formation de deux chlorhydrates, l'un solide, l'autre liquide, lorsqu'on sature l'essence française par le gaz acide chlorhydrique, n'autorise-t-elle pas à supposer, comme l'avait fait M. Thénard, qu'il préexiste deux huiles distinctes dans cette essence ?

En résumé, à ce point de vue, l'étude de l'essence de térébenthine présente les deux problèmes suivants :

1° Les essences produites par les diverses espèces de pins constituent-elles des variétés radicales et permanentes, susceptibles de se conserver dans les combinaisons dans lesquelles on les engage.

2° L'essence contenue dans le suc résineux d'une même espèce de pin est-elle formée par un carbure unique ou par un mélange de carbures isomères ? Dans cette dernière hypothèse, ces carbures se conservent-ils distincts dans les combinaisons dans lesquelles on les engage ?

Pour procéder méthodiquement à l'étude de ces deux questions importantes, il fallait d'abord s'occuper d'attribuer un caractère défini au carbure unique ou multiple fourni par une même espèce, avant de pouvoir comparer entre elles les essences fournies par les différents pins. Dans ce but, l'auteur s'est procuré en Sologne de la térébenthine du pin maritime telle qu'elle découle des arbres, et, après en avoir saturé les acides à froid, il l'a soumise à la distillation dans le vide. Le même procédé de purification a été appliqué à l'essence anglaise.

Nous ne pouvons suivre ici l'auteur dans le détail des nombreuses expériences auxquelles il s'est livré ; nous devons nous borner à en indiquer les conclusions. Or, ces expériences démontrent :

1° Que les essences naturelles de la formule $C^{20}H^{16}$ sont, au moins dans les circonstances où elles ont été examinées, un mélange de plusieurs carbures isomères qui constituent des variétés permanentes dans les produits d'un même arbre, et susceptibles de se conserver dans les combinaisons dans lesquelles on les engage ;

2° Que l'essence de térébenthine varie avec la nature de l'arbre qui la fournit.

En effet, M. Berthelot a isolé les carbures contenus dans l'essence du pin mari-

time et dans celle du pin austral, et a reconnu que ces carbures diffèrent par le sens et la valeur de leur pouvoir rotatoire et de celui de leurs camphres artificiels.

Voici, au reste, les nombres relatifs aux pouvoirs rotatoires des deux carbures définis obtenus dans le vide, et des deux camphres artificiels qu'ils fournissent :

{ Essence du pin marit. $aj = -36°,6$ à g.
{ Son camphre artific. $[a]r = -23°,9$ à g.
{ Essence du pin austr. $aj = +18°,9$ à dr.
{ Son camphre artific. $[a]r = +9°,0$ à dr.

Si, comme termes de comparaison, on ajoute à ces nombres ceux qui se rapportent à l'essence de pin austral modifiée isomériquement par la chaleur et à son camphre artificiel,

{ Essence du pin austral modifié par la chaleur. $aj = -11°,0$ à g.
{ Son camphre artific. $[a]r = -11°,2$ à g.

on observe que cette dernière essence est un produit artificiel modifié, qui a conservé les caractères fondamentaux du type moléculaire de l'essence de térébenthine, tout en acquérant une individualité propre.

Non-seulement le camphre artificiel de chaque essence diffère du camphre artificiel des autres essences, mais il en est de même de leurs hydrates. Ces derniers composés se distinguent entre eux par leur solubilité dans l'eau qui a été déterminée de la manière suivante :

Chaque hydrate a été purifié par deux nouvelles cristallisations dans l'eau distillée, chacune suivie d'un lavage; puis l'auteur a préparé des solutions saturées de ces divers corps et les a abandonnées dans des verres à pied, en présence d'un excès de cristaux pendant une semaine, afin de permettre à la saturation de devenir normale. Il a pris alors 10 centimètres cubes de cette solution au moyen d'une pipette et les a placés dans une capsule.

Deux capsules distinctes ont été ainsi remplies avec chacune des dissolutions saturées à la température de 15°; cette opération a été faite simultanément pour toutes.

Les capsules ont été toutes ensemble évaporées dans le vide sans ébullition, puis abandonnées vingt-quatre heures sous une cloche pleine d'air saturé d'humidité pour y reprendre les deux équivalents d'eau que l'hydrate avait perdus dans le vide. Alors les capsules ont été pesées.

Ces déterminations ont été faites avec l'essence de citron, l'essence de térébenthine suisse et l'essence du pin maritime. Avec cette dernière, M. Berthelot a fait trois couples simultanés de détermination, l'un avec les couches d'hydrate formées les premières dans une préparation, l'autre avec les couches ultérieures, le troisième avec les couches formées en dernier lieu plusieurs mois après les premières.

Les 10 centimètres de dissolution renfermaient :

Avec l'hydrate d'essence de citron, 1re capsule, gr. 0,038 1/2.
Id., 2e capsule, gr. 0,038 1/2.
Avec l'hydrate d'essence de térébenthine suisse, 1re capsule, gr. 0,036 1/2.
Id., 2e capsule, gr. 0,036 1/2.
Avec l'hydrate de l'essence française (couche supérieure formée en dernier lieu), gr. 0,040.
Id., couches moyen. { 1re caps., 0,041 1/4 ; 2e caps., 0,041 1/4
Id., couches infér. les plus anciennes. { 1re caps., 0,040 3/4 ; 2e caps., 0,041

De ces nombres ressort la différence qui existe entre la solubilité des hydrates formés par les diverses essences. Quant à l'hydrate formé par une même essence, à des époques successives, il ne présente que des différences à peu près insensibles.

Ainsi le cachet individuel propre à chaque essence se maintient non-seulement dans ce camphre artificiel, mais même dans l'hydrate.

L'isomérie des diverses essences de térébenthine ne paraît pas impliquer, entre les pouvoirs rotatoires de ces carbures, des relations de symétrie aussi étroites que celles qui existent entre les divers acides tartriques.

(*Journal de pharm. et de chimie.*)

Extrait d'une lettre à M. Thénard, par M. BARRESWIL, sur la combustion du charbon.

Monsieur, permettez-moi de vous soumettre une explication qui me paraît simple, d'une contradiction apparente entre deux faits connus, et dont sans doute vous aurez été préoccupé comme moi.

On peut se chauffer impunément en brûlant du charbon à l'air libre dans une chambre; et c'est précisément en brûlant du charbon à l'air libre dans une chambre que l'on peut s'asphyxier.

Il suffit de lire les procès-verbaux cités, soit dans les ouvrages de toxicologie, soit dans les journaux quotidiens, pour être bien assuré qu'il n'est pas besoin, pour que l'asphyxie soit possible, que la chambre où se fait la combustion du charbon soit hermétiquement close; aussi ne faut-il pas voir généralement dans le fait de l'aérage plus ou moins facile d'une pièce, la

différence entre le chauffage inoffensif (mais toujours imprudent), par le brazero, et le chauffage mortel par un fourneau dans lequel on a accumulé le charbon. Les expériences récentes sur les propriétés toxiques de l'oxyde de carbone semblent indiquer *a priori* que la différence entre les résultats de la combustion dans le fourneau et le brazero doit être dans la production en quantité variable de ce gaz dans l'un et l'autre cas. Si l'on examine comment brûle le charbon dans le brazero et dans le fourneau, surtout dans le fourneau tel que le prépare celui qui veut attenter à ses jours, on remarque que dans le premier la combustion est lente, et que conséquemment la chaleur produite est minime, tandis que dans le second la combustion est énergique et la chaleur produite considérable.

Dans le brazero le charbon est éparpillé; dans le fourneau préparé pour l'asphyxie le charbon est ramassé.

Désireux de savoir si ces différences essentielles dans la disposition du combustible qui donne, comme résultat, une combustion à une température basse et une combustion à une température élevée, ont réellement pour effet une différence dans la nature des produits de combustion; j'ai cherché à réaliser par des expériences irréfutables la combustion du charbon dans des limites extrêmes de température, tantôt en le chauffant juste assez pour qu'il pût brûler, tantôt en le portant à la température la plus élevée possible; et pour ne laisser aucune part à l'imagination, je me suis placé dans des conditions exagérées dans le sens contraire à l'expérience. Dans un tube en porcelaine j'ai introduit un fragment de charbon de la grosseur d'une noisette; j'ai porté le tube au rouge blanc, et sur ce fragment de charbon j'ai fait passer tantôt de l'air, tantôt de l'oxygène pur et sec. D'autre part, dans un tube de verre, j'ai disposé une longue colonne de menus charbons, et dans ce tube chauffé au rouge le plus sombre, j'ai fait passer tantôt de l'air, tantôt de l'oxygène. Dans l'un et l'autre cas, j'ai recueilli les gaz ayant servi à la combustion et les ai analysés par l'absorption dans un tube gradué au moyen de la potasse. J'ai toujours constaté que la combustion du charbon à une basse température, même en présence d'une quantité énorme de charbon, produit surtout de l'acide carbonique, et que la combustion du charbon à une température élevée produit surtout et presque exclusivement de l'oxyde de carbone.

Je ne saurais dire si les produits qui se forment sont, dans le premier cas, directement de l'acide carbonique, dans le second cas directement de l'oxyde de carbone, ou s'il se forme dans l'une et l'autre opération de l'acide carbonique qui ne peut pas réagir sur le charbon à une basse température, mais qui réagit toujours sur lui à une température élevée. Mais du fait de la production de l'acide carbonique, alors que la combustion est lente, et de l'oxyde de carbone, alors que la combustion est vive, je crois pouvoir conclure que la différence qui existe entre le brazero et le fourneau tient à ce que le premier donne le produit de la combustion à basse température, l'acide carbonique, et le second le produit de la combustion à une température élevée, l'oxyde de carbone. L'expérience suivante, qui jette du jour sur bien des anomalies, confirme encore ces résultats.

On sait que l'oxyde de plomb est facilement réductible par le charbon à une basse température, et que l'oxyde de zinc est réduit au contraire très-difficilement et seulement à une température élevée. Ainsi par exemple, une carte préparée au blanc de plomb que l'on brûle donne des globules de plomb; dans les mêmes circonstances, un carteau blanc de zinc laisse une belle cendre blanche d'oxyde de zinc sans trace de réduction.

Si l'on dispose l'un contre l'autre deux tubes de verre fermés par un bout et munis chacun d'un tube à recueillir les gaz, lesquels se rendent sous des éprouvettes pleines de mercure ou simplement d'eau et dressés sur une cuve; si dans l'un de ces tubes on a introduit un mélange de litharge et de charbon, et dans l'autre un mélange de charbon et d'oxyde de zinc, si ces dispositions prises, on chauffe ces deux tubes, on remarque que le tube à l'oxyde de plomb ne tarde pas à dégager abondamment un gaz qui est de l'acide carbonique mêlé d'un centième au plus d'oxyde de carbone. Le tube à l'oxyde de zinc ne dégage que quelques bulles, à de rares intervalles, tant que la température n'est pas très-élevée; alors seulement que la température est portée à un haut degré, il produit un dégagement régulier d'un gaz que l'analyse prouve être de l'oxyde de carbone ne renfermant pas un dixième d'acide carbonique.

Cette expérience peut être variée; ainsi, par exemple, le sulfate de chaux en présence du charbon donne surtout de l'acide carbonique, tandis que le sulfate de soude produit plutôt de l'oxyde de carbone. On pourrait ainsi réunir un grand nombre de faits qui prouveraient, comme ceux que je

viens de rapporter, qu'à une température basse, une combustion lente, correspond une production d'acide carbonique ; qu'à une température élevée, à une combustion vive, correspond une production d'oxyde de carbone.

Or, c'est aux propriétés délétères de l'oxyde de carbone que peut ne pas produire le brasero, et que produit en quantité notable le fourneau, que l'on attribue à juste titre l'asphyxie par le charbon.

Dans une prochaine lettre, si vous me le permettez, j'essayerai de résoudre ce problème : pourquoi l'oxyde de carbone est-il délétère? (*Ibid.*)

Recherches du manganèse dans le sang; par M. GLÉNARD, professeur de chimie à l'École de médecine de Lyon. — M. Glénard étant arrivé à des résultats tout opposés à ceux obtenus par la plupart des chimistes, nous donnons ici les conclusions du travail qu'il a présenté à la Société de médecine de Lyon :

En résumé, dit-il, j'ai analysé, par divers procédés, le sang de 40 individus d'âge, de sexe, de tempérament divers ; aucun d'eux n'était affecté de ces maladies que l'on dit coïncider avec l'absence ou la diminution du manganèse dans le sang, et je n'ai rencontré qu'une seule fois le manganèse.

Bien plus, j'ai analysé le sang d'un mineur de Romanèche, mineur constamment enveloppé de poussière manganique, qui en absorbait par la respiration, par la peau, par la déglutition, et dont le sang devait par conséquent être saturé de manganèse ; je n'ai pu y découvrir trace de ce métal.

Que dois-je maintenant conclure de ces résultats? Quelles réponses puis-je faire aux questions que je m'étais proposé de résoudre par ces recherches? Évidemment je me vois conduit forcément à adopter l'opinion de M. Melsens, qui, comme moi, n'a pas pu ou n'a pas su trouver le manganèse du sang. Aussi, sans m'arrêter aux assertions des expérimentateurs que j'ai cités, sans me préoccuper des faits contraires qui se sont produits dans leurs analyses, prenant mes propres expériences pour base de ma conviction, je conclus ainsi qu'il suit :

1° Le manganèse n'est pas un élément essentiel du sang humain. On ne le rencontre pas habituellement dans le sang.

2° Le manganèse peut se trouver accidentellement dans le sang, mais en quantité très-faible qui me paraît inférieure à celle qui a été indiquée.

3° Il ne paraît pas que le manganèse pénètre dans le sang par la respiration ou par la peau, au moins sous la forme de bioxyde.

Dans l'impossibilité où je suis encore de m'expliquer comment, par des chemins semblables, j'ai pu arriver à des résultats si opposés à ceux de mes devanciers, j'espère qu'on me permettra de croire ce que j'ai vu plutôt que ce que j'ai lu. (*Gazette médicale de Lyon.*)

Histoire naturelle médicale.

Du phellandre aquatique; par M. F. CADET DE GASSICOURT. — Vous avez accueilli le rapport que nous avons lu à la Société de pharmacie sur une notice de M. Chapoteaux fils, pharmacien à Decize (Nièvre), traitant du phellandre aquatique.

L'examen de ce travail nous conduisit à reconnaître que le commerce de la pharmacie de Paris est heureusement exempt de la dangereuse substitution de la ciguë aquatique, comme de toute autre espèce de ciguë, et que nos graines de phellandre sont bien généralement celles de l'*Œnanthe phellandrium*.

Il nous restait à déterminer l'espèce d'ombellifère à laquelle on doit attribuer la graine que notre confrère de Decize, sur la foi d'un praticien, prétendait être le véritable phellandre.

Pour arriver à cette détermination, des semis avaient été faits dans le jardin botanique de la Faculté de médecine ; mais la plante étant bisannuelle, la première année n'a pas produit de floraison, et cette circonstance pouvait nous forcer d'ajourner une décision jusqu'à l'automne de 1854. Heureusement M. Em. Desvaux, jeune et savant botaniste, nous est venu en aide ; ses recherches comparatives faites dans l'herbier du Muséum nous ont acquis la certitude que les graines envoyées de Decize ne sont autres que celles du *Silaus pratensis* de Lamarck, *Peucedanum silaus* de Linné. Nous avons donné de ces graines une esquisse anatomique, à laquelle, pour être complète, il manque seulement l'indication de quelques points noirs, traces des canaux résinifères dont sont pourvus les vallécules, si fines au point de n'être perceptibles au microscope qu'autant qu'on étudie des graines préalablement macérées dans l'eau, pendant au moins vingt-quatre heures.

Le *Peucedanum silaus* passe pour quelque peu diurétique ; mais jamais, jusqu'à

présent, on n'avait soupçonné que ses semences eussent la propriété fébrifuge; quoi qu'il en soit, on pourrait douter de l'efficacité d'un sirop dans la composition duquel la graine de silaüs, ou même celle du phellandre aquatique, n'entrerait que dans la proportion indiquée par l'auteur du mémoire.

Au surplus, le praticien que cite, sans le nommer, notre estimable confrère, énonce dans sa lettre que le sirop a parfaitement réussi à la suite des fièvres intermittentes, dont il avait combattu le retour avec succès. Assurément, c'est attribuer beaucoup de vertu à ce médicament, dans la composition duquel n'entrent, pour chaque litre de sirop, que 10 grammes de la semence en question. La formule du sirop de phellandre aquatique, publiée en 1849 par M. le professeur Caypl, dans la *Revue médicale*, admet la graine de phellandre en proportion dix fois aussi forte.

En définitive, que penser des vertus médicinales du phellandre, si diversement jugées depuis longtemps en France, et surtout en Allemagne? Ce qui est pour nous avéré maintenant, c'est que notre phellandre est exactement le même que le phellandre, tant préconisé par Ernstingius de Brunswick, au commencement du siècle dernier, comme le fébrifuge par excellence.

Curieux de nous édifier sur ce point, nous nous sommes adressé à M. Schumacher, praticien renommé de Hanovre, capitale peu distante de Brunswick. Ce savant confrère nous a répondu : « D'accord » sur ce point avec nos auteurs classiques, » je ne doute pas que la plante décrite par » Ernstingius ne soit effectivement le phel» landre (*OEnanthe phellandrium*, Lam., » Sprenzel et Koth; *Phellandrium aqua» ticum*, de Linné; *Foeniculum aquaticum* » s. *caballinum*, syst. sex. clas. 5, ord. 2, » pentandria, ord. natural. *Umbelliferæ*). » Cette plante, très-répandue dans le voi» sinage de Brunswick, porte encore le » nom cité par Ernstingius, *Peer-Saaot*, » mot qui appartient au patois de cette » partie de l'Allemagne, et correspond » également au nom de Linné, qui a tou» jours conservé les dénominations an» ciennes et populaires des plantes, *Foeni» culum caballinum*, *Peer-Saaot*, *Pferde» Samen*, graine aux chevaux.

» Le phellandre jouit, auprès de nos » paysans, d'une grande réputation pour » combattre les affections catarrhales des » poumons. Les auteurs anciens lui attri» buent la propriété de paralyser les ex» trémités postérieures des chevaux qui » en ont brouté l'herbe. En médecine, il » a été préconisé comme guérissant la » phthisie, comme antiscorbutique et fé» brifuge. Que cette plante ne possède pas » ces propriétés, il n'y a rien qui puisse » surprendre, après les éloquents éloges » donnés à tant de drogues dont l'ineffica» cité est maintenant reconnue de tout le » monde. Du reste, le phellandre est la » seule des grandes plantes ombellifères » de nos marais à laquelle on ait attribué » la propriété de guérir les fièvres inter» mittentes. La ciguë et le *Sium latifo» lium*, assez communs dans nos marais, » diffèrent trop de la description d'Erns» tingius pour qu'on puisse s'y mépren» dre.

» Pour sortir des doutes que la descrip» tion et la planche d'Ernstingius ont laissé » dans votre esprit, je ne vois d'autre » moyen que d'accuser l'imperfection du » dessin autant que l'inexactitude des des» criptions botaniques du temps de cet » auteur. »

On s'est occupé, dans ces derniers temps, en France, comme on l'avait fait en Allemagne, des effets de la graine de phellandre, administrée dans la phthisie pulmonaire en vue d'obtenir la rémission des symptômes colliquatifs. Plusieurs médecins, et particulièrement M. le docteur Sandras, ont fait à ce sujet d'intéressantes communications; mais on connaît aussi des résultats contraires observés par M. le docteur Valleix en 1850 (*Revue médicale*, p. 563). Nous rappellerons simplement le résumé de ses observations sur six cas de phthisie confirmée; pendant l'administration du phellandre le sommeil a été plus ou moins mauvais, l'expectoration, l'affaiblissement, les sueurs et les signes physiques, en général, ne se sont point écartés de leur marche habituelle dans la phthisie pulmonaire; que loin de faire cesser les vomissements, le phellandre a paru les provoquer quelquefois, ainsi que de l'inappétence et du dégoût; que la diarrhée ne s'est pas montrée, dans ces cas, d'une manière notable, et que, si ces faits se multipliaient, le phellandre pourrait être employé à titre d'antidiarrhéique assez puissant.

Nous nous trouvons à même de citer des observations en confirmation de celles de M. le docteur Valleix. Elles nous sont communiquées par notre fils, Ernest Gassicourt, élève en médecine, interne, l'an dernier, dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Marguerite.

« Deux malades atteints de tubercules » pulmonaires ont été soumis, pendant la » durée du mois de décembre 1855, au

» traitement par le phellandre, à la dose » de 1 gramme, 1gr.50 et 2 grammes par » jour. Ce traitement avait pour but de » faire connaître quelle était l'action du » phellandre sur les sueurs des phthisi» ques. Pour rendre ces résultats plus pro» bants, il fallait les comparer à ce qu'on » observait chez des malades qui n'étaient » pas soumis au traitement par le phel» landre. C'est ce qui a été fait.

» Chez les quatre malades soumis à » l'observation, il y avait des tubercules » ramollis au sommet d'un des deux » poumons. L'observation a été continuée » chaque jour, en tenant compte des varia» tions de température, de sommeil, de » diarrhée ou de constipation des malades.

» Or, les mêmes phénomènes se sont » présentés chez les malades soumis au » traitement, et chez ceux qu'on laissait » livrés à eux-mêmes.

» 1° Les sueurs, dans les deux classes » de sujets, varient avec la température : » plus le temps est chaud et humide, plus » il y a de sueurs chez les phthisiques ; » plus le temps est froid et sec, moins les » sueurs sont abondantes.

» 2° Les phthisiques suent d'autant plus qu'ils dorment davantage.

» 3° La diarrhée n'est ni supplémentaire ni complémentaire de la sueur, « et n'est » ni arrêtée ni excitée par l'usage du phel» landre, du moins d'après le peu d'ob» servations que nous possédons.

» D'où nous devons conclure que l'ac» tion du phellandre a été nulle, dans les » cas que nous pouvons citer, sur les » sueurs des tuberculeux, et que l'action de » la température et du sommeil a été seule » remarquable. »

Des expériences comparatives qui précèdent, faites à l'hôpital et dans des conditions toutes semblables, il résulte de suite une lumière que la pratique privée eût plus difficilement obtenue. Quelle conclusion favorable plus d'un expérimentateur n'eût-il pas été tenté de déduire de deux cas de phthisiques tuberculeux traités par le phellandre, et soulagés de leurs sueurs colliquatives ? Cet exemple donne à penser une fois de plus combien l'expérience médicale serait facilement trompeuse, et combien il faut user de prudence et de précaution avant de croire à la constatation réelle du moindre fait thérapeutique.

(*Répertoire de pharmacie.*)

Sur l'arrow-root des colonies anglaises de l'Inde ; par M. Bouchardat. — Plusieurs fécules différentes ont porté dans le commerce le nom d'*arrow-root* ; il en existait surtout deux espèces très-distinctes, l'une qu'on désignait sous le nom de fécule de Travancore ou de l'Inde, *indian arrow-root*, et l'autre connue dans le commerce sous le nom d'*arrow-root de la Jamaïque*, qui est fourni par le *Maranta arundinacea*.

Depuis quelques années, comme nous l'a appris M. Guibourt, les Anglais ont importé dans l'Inde le *Maranta arundinacea* de la Jamaïque qui donne de l'arrow-root en plus grande quantité que le végétal non encore bien déterminé qui fournissait l'arrow-root de Travancore (1). Cela explique très-bien comment on expédie aujourd'hui de l'Inde de l'arrow-root qui est identique avec celui de la Jamaïque et qui est par conséquent fourni par le *Maranta arundinacea*. J'ai eu la preuve de ce fait par l'examen d'échantillons provenant d'une forte partie qui m'a été remise par M. F. Barnes et Cie.

Cet échantillon m'a offert les caractères suivants rapportés par M. Léon Soubeiran dans sa thèse et dont il a lui-même, à ma prière, vérifié l'identité. C'est une poudre blanche terne dont quelques parties forment des conglomérats peu résistants et qui donnent la sensation de froissement sous les doigts. Examiné au microscope, cet arrow-root se montre sous forme de grains assez volumineux, dont le diamètre varie entre deux à trois centièmes de millimètre sur six à sept centièmes. Leur forme est celle d'ovoïdes, plus ou moins irréguliers, tendant dans quelques cas à devenir triangulaires ; en général, les grains les plus petits sont globuleux ; il existe une proportion notable de grains triangulaires allongés et très-minces, qui ne diffèrent en rien de la fécule dite de Travancore. Un grand nombre de grains sont traversés par des fissures, et dans presque tous on voit le hile entouré de zones concentriques. Mais il n'est pas toujours visible avec la même netteté.

Traité par une solution aqueuse de potasse à un cinquantième, les grains, et surtout les grains triangulaires aplatis, se gonflent; ils prennent des formes très-variées; pour agir sûrement sur les autres grains, il faut avoir recours à une solution alcaline à un quarantième, alors ils doublent de volume en prenant assez régulièrement la forme sphérique ou ovoïde ; le centre plus foncé est entouré par une zone

(1) Ainslie et Guibourt avaient attribué l'arrow-root de Travancore au *Curcuma angustifolia*, Roxb. Mais M. Léon Soubeiran, dans son excellente thèse intitulée *Etude microscopique sur quelques fécules*, 1853, a donné de très-solides raisons pour faire douter que la fécule de Travancore soit fournie par ce végétal.

plus claire qui occupe toute la périphérie. Le hile devient très-apparent, et sur quelques grains on distingue nettement la trace des couches concentriques ; sur d'autres, les fissures persistent encore bien manifestement.

Traités par une solution alcoolique de potasse à un dixième, tous les grains prennent un aspect ridé et des plis se marquent sur leur surface. La chaleur détermine le gonflement des grains sans aucun phénomène particulier.

C'est donc un fait acquis que les Anglais ont donné, dans leurs possessions des Indes, une extension considérable à la culture du *Maranta arundinacea*, ce qui explique la consommation beaucoup plus étendue qu'on fait aujourd'hui en Angleterre de cette excellente fécule. Il est à désirer que cet exemple s'étende en France, car aux époques de rareté des subsistances il est bon de voir s'étendre la consommation des aliments que nous fournit le commerce extérieur.

J'ajouterai encore, pour encourager cette importation sur une large échelle, que sans partager les préjugés des anciens médecins sur les propriétés médicales de plusieurs fécules, je reconnais cependant que ces fécules sont accompagnées dans les différentes plantes de matières odorantes qui modifient la saveur des mets où elles interviennent. Certes, pour l'alimentation des masses ces différences n'ont aucune importance ; mais pour les convalescents, les valétudinaires ou les malades à appétit capricieux, il importe de choisir une fécule donnant des potages qui flattent le goût. Sous ce rapport aucune, à mon avis, ne doit être placée avant l'arrow-root. C'est ce qui lui a conservé cette supériorité sur tous les autres féculents qui est généralement acceptée.

(*Répertoire de pharmacie.*)

UN MOT SUR L'ÉCORCE D'INGA, NOUVEL AGENT ASTRINGENT ; par M. GRIMAULT. — La substance que nous désignons sous ce nom assez vague, qui lui a servi de passeport à la douane, bien que signalée déjà dans quelques rares traités de matière médicale, est encore inconnue en France. Ses propriétés toniques et astringentes, que l'on utilise dans quelques contrées de l'Europe, et qui lui valent en Amérique une réputation des mieux établie, son bon marché, du reste, m'engagent à la signaler à l'attention des thérapeutistes.

Me réservant, dans un travail étendu, de faire plus tard l'histoire chimique et pharmaceutique de cette substance, lorsque de nouveaux faits seront venus confirmer les expériences que déjà quelques médecins veulent bien tenter en ce moment, je n'entrerai que dans peu de détails à son sujet.

L'inga, tel qu'il m'a été livré, est en écorces très-compactes, pesantes, épaisses de un à deux centimètres, variables en longueur de vingt à soixante centimètres, en largeur de cinq à douze. Leur cassure nette présente, lorsqu'elle est récente, des couches alternativement blanches et rougeâtres ; les cassures anciennes, qui ont subi l'action des agents atmosphériques, présentent une teinte plus foncée, uniformément rougeâtre ; c'est aussi la couleur de la face interne du derme, qui présente, de distance en distance, des aspérités nombreuses, et se trouve parsemée, sur quelques échantillons, de petits globules de gomme peu colorés.

Le périderme est rugueux, généralement brun noirâtre, comme chagriné, présentant des cicatrices nombreuses, plus ou moins profondes, et dont le fond offre des teintes, variables du blanc au rouge brun.

Cette écorce mâchée offre une astringence bien franche et sans âcreté, amenant une salivation prompte, et colorant la salive en rouge. Introduite dans l'estomac, elle paraît en activer les fonctions.

Sa richesse en principes extractifs est considérable ; elle cède aux différents dissolvants jusqu'à trente pour cent de son poids.

L'extrait aqueux ou alcoolique obtenu par déplacement est comparable pour l'astringence, la couleur et ses propriétés générales, à l'extrait de ratanhia ; seulement, il précipite en bleu foncé les persels de fer. Il contient un peu de gomme, de mucilage, et quatre-vingts pour cent environ d'une matière tannante rouge particulière.

L'écorce, après ce traitement, retient encore, outre le ligneux, un produit gras (cire), associé à une matière colorante jaune, de l'extractif, une forte proportion d'amidon, et beaucoup de sels. Rien n'y décèle la présence d'un alcaloïde, ni d'un principe âcre de nature quelconque. C'est à la matière tannante rouge qu'elle paraît devoir ses propriétés.

En Amérique, l'inga est préconisé comme astringent tonique dans la diarrhée, la gonorrhée, l'hémoptysie, l'incontinence d'urine, et le relâchement des tissus ; comme antiseptique, sa poudre est employée, à l'extérieur à la façon du quinquina.

Les quelques expériences déjà faites à Paris semblent justifier sa réputation étrangère, et nous font espérer de lui voir

prendre un rang distingué dans notre matière médicale.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Falsifications.

NOTE SUR LES FALSIFICATIONS DE L'ÉGYPTIAC ET DU SOUS-ACÉTATE DE CUIVRE BRUT ; par M. NORBERT GILLE, pharmacien, répétiteur à l'École vétérinaire de Cureghem. — Dans une des manipulations que nous dirigeons à l'école vétérinaire, nous avions remis dernièrement à un élève quatre échantillons d'oxymellite de cuivre (onguent égyptiac) pour lui laisser rechercher les principaux défauts que peut présenter cette préparation officinale. Comme nous avons l'habitude de le faire, chaque pot renfermant de l'égyptiac portait un numéro d'ordre, et l'élève aidé de notre petit volume sur les falsifications, s'était mis à la recherche des vices que nous avons signalés ; prenant d'abord, avec les précautions recommandées, dans l'officine de l'école un échantillon-type, comme nous l'exigeons pour toutes les recherches de cette catégorie, il reconnut bientôt, par comparaison, que le N° 2 était trop liquide et que le N° 4, qui renfermait de petites plaques, avait été trop longtemps exposé à l'action du feu. Ces deux échantillons, condamnés, furent écartés et les recherches continuées sur les N°s 1 et 3. Suivant toujours la voie que nous avons tracée, l'élève prit quelques grammes de son échantillon-type qu'il traita par l'acide azotique ; les vapeurs rutilantes étant dégagées, la dissolution étant opérée, il étendit d'eau pour obtenir la liqueur qui devait lui servir de point de comparaison. A notre grand étonnement, nous vîmes au fond du vase un dépôt blanc assez abondant, dépôt que nous n'avions jamais remarqué antérieurement en suivant le même procédé. Nous fîmes remarquer aux élèves présents ce qu'il y avait d'anormal dans cette expérience, en leur promettant de leur en donner l'explication, après que nous aurions fait les recherches nécessaires pour nous éclairer sur ce point ; continuant ses investigations, l'élève traita les deux échantillons qui lui restaient de la même manière qu'il avait traité l'échantillon-type ; la liqueur du N° 3, étendue d'eau, laissa déposer une poudre rouge qui fut reconnue pour être de la brique ; elle était accompagnée de la poudre blanche mentionnée plus haut ; celle du N° 1 laissa également déposer encore avec cette poudre blanche, une matière rouge qui était de l'oxyde ferrique, oxyde qui, dans l'état d'agrégation où il se trouvait, laisse toujours dans cette expérience des traces de sa présence.

Qu'était-ce que cette poudre blanche ? D'où provenait-elle ? Telles furent naturellement les questions que nous nous adressâmes. L'égyptiac ayant été préparé par nous, il ne pouvait être soupçonné d'avoir été falsifié ; les matières qui avaient servi à sa préparation devaient donc seules être mises en suspicion. Était-ce le vinaigre ? Etait-ce le miel ? Était-ce le vert-de-gris ? Ce dernier, comme étant le plus sujet à caution, fut d'abord l'objet de nos recherches, et nous ne tardâmes point à y découvrir des preuves qui permirent de mettre les deux autres hors de cause. Notre acétate de cuivre brut était en effet falsifié, il contenait une forte proportion d'un corps étranger ; 10 grammes de cet acétate ont fourni 2 grammes 5 décigr. de cette impureté.

Quant à la nature de ce corps étranger, elle intéresse peu le vétérinaire ; l'essentiel pour lui est de savoir constater si ses médicaments renferment des impuretés, afin de pouvoir à l'occasion les exclure de son officine et de sa pratique. Dans le cas qui nous occupe, nous avons cependant voulu savoir quel était le corps blanc qui avait été ajouté à notre médicament ; après avoir dissous le vert-de-gris dans de l'acide acétique à 10 degrés, nous pûmes nous assurer, par les moyens ordinaires, que nous avions affaire à du sulfate de chaux.

Ainsi, voilà deux médicaments que le vétérinaire utilise très-souvent, qui sont au nombre des plus employés, qui ne pouvaient produire les effets qu'on est en droit d'attendre d'un bon agent thérapeutique. Des faits analogues ne se présentent que trop souvent, et le vétérinaire qui tient officine doit, s'il veut avoir de bons médicaments, soumettre à un examen sévère ceux qu'il tire du commerce de la droguerie.

Pour le sous-acétate de cuivre brut, il ne faut cependant pas accuser trop légèrement le fournisseur, car cette substance étant plus employée en peinture qu'en médecine, il paraît que ce produit est quelquefois additionné de plâtre pour lui donner différentes nuances qui sont recherchées par les consommateurs ; ces différences en font plusieurs qualités, qui ont cours dans le commerce de couleurs.

Nous ne terminerons pas sans indiquer par quel moyen on peut séparer la plupart des impuretés que le vert-de-gris recèle quelquefois, *les rafles de raisin*, le marc de

l'étain, le plâtre, la craie, l'ocre vert sont celles qui s'y trouvent le plus souvent. On parvient à séparer ces différentes matières, en dissolvant le sel de cuivre dans l'acide sulfurique à 30°, étendant d'eau pour dissoudre le sulfate formé et laissant reposer pour obtenir le dépôt que les impuretés doivent former au fond du vase.

Pour plus de clarté, nous dirons : prenez 5 grammes de vert-de-gris pulvérisé, versez-y dix grammes d'acide sulfurique du commerce, agitez avec un tube de verre pendant environ cinq minutes, versez par petites portions et en agitant, 50 grammes d'eau commune et laissez reposer pour permettre aux impuretés de se précipiter. Par son contact avec l'acide, le sel devient d'abord blanc, parce qu'il se forme du sulfate anhydre, mais l'eau qu'on ajoute après en opère la dissolution.

Le vert-de-gris renfermant toujours du marc de raisin, il ne faudra pas condamner celui qui n'en contiendra que quelques traces.

La couleur plus pâle du vert-de-gris que nous avons analysé, pouvait déjà faire soupçonner la fraude ; la différence était frappante lorsqu'on le comparait à un échantillon de bonne qualité.

L'emploi de l'acide sulfurique à 66° nous a paru plus commode que celui de l'acide faible ; d'abord la dissolution s'opère plus facilement et sans avoir besoin de recourir à la chaleur, ensuite parce qu'il permet d'employer l'acide tel qu'il se trouve dans le commerce et qu'il écarte ainsi les doutes qui pourraient exister sur la dénomination d'*acide faible*.

S'il est important de pouvoir constater la présence des impuretés qui souillent parfois l'acétate du cuivre brut, il ne l'est pas moins de pouvoir reconnaître l'égyptiac qui a été préparé avec ce produit frelaté. Le moyen employé pour séparer la brique, indiqué au commencement, moyen qui consiste à le traiter par l'acide azotique, puis par l'eau, suffit pour arriver au résultat désiré ; le carbonate de chaux, s'il en reste, fera, dans cette expérience, l'effervescence que les carbonates font avec l'acide azotique et les autres corps comme le plâtre, l'ocre vert, les débris de raisins se déposeront dans le liquide suffisamment étendu. La craie qui, dans la préparation de l'égyptiac, a dû former de l'acétate de chaux, pourrait être rendue plus apparente en dissolvant dans l'eau pure tout ce que l'égyptiac peut céder à ce liquide; la solution reposée laisse précipiter les parties insolubles dans lesquelles on peut facilement reconnaître la craie s'il en reste, et la liqueur filtrée laisse accuser la présence d'un sel de chaux par les réactifs de cette base. (*Annales de médecine vétérinaire.*)

Pharmacie.

SUR L'HUILE ET LES GLYCÉROLÉ DE MORPHINE ; par M. SOUBEIRAN. — M. Lepage a constaté que la morphine ou les sels de cet alcaloïde ne sont pas plus solubles dans le chloroforme, qu'ils ne le sont dans l'huile d'olives ou d'amandes douces (1). Rien ne justifie donc l'usage, pourtant très répandu dans certaines localités, d'une prétendue huile de morphine. Heureusement, on possède aujourd'hui un fort bon moyen d'y suppléer dans les *glycérolés*, récemment proposés par M. Cap. Voici, par exemple, la formule d'un glycérolé de morphine qui nous semble devoir remplir parfaitement l'emploi d'une embrocation sédative :

Acétate de morphine . . . . 1 gram.
Glycérine . . . . 100 —

Faites dissoudre à chaud ou à froid.

Cette formule n'est que provisoire ; mais nous savons que les *glycérolés*, envisagés d'un point de vue général et particulier, sont en ce moment l'objet d'une étude complète de la part de MM. Cap et Garot, qui ne tarderont pas sans doute à la publier. (*Répertoire de pharmacie.*)

PILULES AU PROTO-IODURE DE FER ; par M. CHAPOTEAUX.

Iodure de potass. pur. 4 gram. 70 centigr.
Proto-sulf. de fer pur. 7 — 65
Fer réd. par l'hydrog. 2 —

dont on fait une masse pilulaire avec suffisante quantité d'extrait de chiendent que l'on divise en cent pilules, dont chacune contient 5 centigrammes de proto-iodure de fer inaltérable, lorsqu'elles ont été recouvertes d'un mélange de sucre, d'amidon et de gomme arabique en poudre. Ces granules ainsi constitués sont d'une solubilité complète, et l'on n'a point à redouter qu'ils résistent, comme cela a lieu pour certaines pilules décorées du même nom, à l'action dissolvante de l'estomac.

Ils offrent un autre avantage non moins précieux, c'est de constituer un médicament toujours identique et parfaitement inaltérable, dans lequel la saveur désagréable du proto-iodure de fer est entièrement dissimulée. L'expérience journalière des praticiens de nos localités, a'ant

(1) Voir notre cahier de mai, page 438.

prononcé définitivement sur les résultats de ce médicament qui sont meilleurs que ceux obtenus par les autres procédés, je n'hésite pas à publier cette formule d'après l'engagement de l'Académie impériale de médecine, persuadé de son double avantage au point de vue de l'art et de l'économie. (*Répertoire de pharmacie.*)

Emplâtre de ciguë; par M. Émile Mouchon, pharmacien à Lyon. — L'emplâtre de ciguë du Codex m'a toujours paru tellement défectueux que j'ai eu lieu d'être moins étonné des nombreuses modifications proposées que du maintien de la formule légale. J'ai constamment pensé qu'un tel produit ne pouvait avoir une efficacité réelle, ne pouvait être calmant et résolutif, comme on l'entend généralement, que sous certaines conditions que l'on cherche en vain soit dans les constituants, soit dans le mode opératoire. De là la complète adhésion que j'ai donnée dans le temps à la formule si simple, si facile et si rationnelle de l'honorable Planche; de là aussi la réforme du même genre que je me suis permis de proposer, avec quelques modifications jugées utiles, dans un mémoire publié en 1843, sous le titre de *Considérations sur les emplâtres de ciguë, jusquiame, belladone et autres.* (Voir les journaux de médecine de Lyon, de chimie médicale de Paris et de pharmacie du Midi, décembre et octobre 1843, mars 1844.)

Je n'ai jamais cru à la solubilité des principes actifs des solanées, de la ciguë et autres végétaux dans les corps gras. Le mémoire que je rédigeai, en 1843, sous le titre de *Considérations théoriques et pratiques sur les huiles médicinales,* le prouve suffisamment. Je crois, avec juste raison, à la présence de toute la chlorophylle dans ces oléolés; je crois aussi qu'à la faveur de ce corps éminemment soluble, il peut se dissoudre quelque peu de matière active, mais je ne puis admettre rien de plus. Je pense du reste que si mon premier mémoire sur ce sujet n'a pas porté la conviction dans tous les esprits, le second, que je me propose de publier prochainement, ne laissera plus le moindre doute à cet égard.

Il est évident que, d'après cette croyance, je suis de ceux qui approuvent le procédé de MM. Henri et Guibourt, sur la présence de la poudre de ciguë dans la masse emplastique. Or, comme ce procédé, quelque bon qu'il soit, me paraît susceptible de quelque modification d'une certaine utilité, voici comment je voudrais le modifier :

Poix blanche.	1,000
Poix résine.	1,000
Cire jaune.	1,000
Gomme ammoniaq.	750
Huile de ciguë.	250
Ciguë en poudre fine.	1,000
Eau commune, 2000	
Tot. de la masse emplastique	5,000

Placez dans une bassine à fond convexe la cire jaune et l'huile de ciguë, formez une masse pâteuse avec la ciguë et l'eau, ajoutez ce dernier mélange au précédent, déjà liquéfié, procédez à l'évaporation d'une grande partie de l'eau, et ajoutez les autres constituants que vous aurez préalablement dépurés par liquéfaction et filtration à la toile, opération qui leur fait perdre environ 125 grammes d'impuretés.

Vous obtiendrez à peu près 5,135 grammes de produit, la masse devant avoir retenu 260 grammes d'eau.

Cet emplâtre est d'un plus beau vert que celui qui résulte du mode opératoire adopté par MM. Henry et Guibourt, la ciguë ne cédant sa chlorophylle à la cire, à l'huile et aux corps résineux qui le constituent, qu'avec l'intermède d'une quantité convenable d'eau; il est, d'ailleurs, évident que la présence de l'eau retenue par la masse (250 à 260) favorise fortement l'interposition de la matière active, et qu'il résulte de cette interposition un profit réel pour les propriétés de l'agent médical. (*Ibid.*)

Enrobage des pilules; par M. Calloud, pharmacien à Chambéry. (Extrait d'une lettre à M. Dorvault.) — Dans un mémoire relatif à l'enrobement médicamenteux présenté à la Société médicale de Chambéry et reproduit, sous forme d'extrait, dans le numéro d'avril 1853 du *Journal de pharmacie,* j'avais proposé un nouveau mode d'enrobage pilulaire par le saccharolé de mucilage de lin, comme me paraissant préférable à l'emploi de la gomme arabique simultanément avec le sucre. Bien que le saccharolé de lin m'ait réussi assez bien pour l'enrobement pilulaire, il ne fournit pas une couverte parfaitement blanche qu'il conviendrait d'obtenir. J'ai cherché depuis quelque temps à changer cette manière d'enrobage par un autre plus convenable, tant sous le rapport pharmaceutique que sous celui de la préparation.

Je viens vous communiquer ce procédé,

à vous qui avez le premier cherché à vulgariser l'excellente méthode d'enrobement dans le but utile de protéger certains médicaments et d'en faciliter la distribution. Voici comment je procède maintenant :

Je fais un mucilage de gomme adragante de la même manière que pour la préparation des tablettes, je le passe à travers un linge avec expression, je mêle exactement ce mucilage à une certaine quantité de sucre de lait en poudre fine dont je fais une pâte molle, je l'émiette et l'étends sur des plateaux de terre vernissée, je la fais dessécher d'abord lentement, puis j'en achève la dessiccation à l'étuve. La matière bien desséchée, je la pulvérise dans un mortier de marbre pour obtenir ensuite, à l'aide d'un tamis de soie, une poudre blanche et bien fine.

Cette poudre donne un enrobage blanc et bien moins hygrométrique que par le saccharolé de lin ; elle fournit une assez bonne couverte.

Voici les proportions de cette poudre involvante :

Gomme adragante entière,	50 gram.
Eau distillée,	100 —
Sucre de lait pulvérisé,	1,000 —

L'opération de l'enrobage ou involvage avec cette composition se fait extemporanément avec la plus grande facilité. Les pilules préalablement mouillées d'un peu d'eau, soit simple, soit aromatique, sont roulées, suivant la méthode ordinaire, dans la composition réduite en poudre.

Je voudrais bien pouvoir présenter un procédé propre à faire exclure de la pratique l'enrobage argenté et doré qui est d'un fort mauvais goût et qui fournit un brillant bien déplacé dans un médicament.

On objecte qu'il est élégant et commode; quant à l'élégance, je la trouve ridicule ici, et quant à la commodité, je ne sais pas comment on comprend l'art, ses obligations et ses ressources.

Puisque l'enrobement est une bonne invention pharmaceutique, il faut lui conserver le cachet médicamenteux et pour tout lustre la propreté et la netteté. Ce doivent être là les seuls moyens dignes réservés au préparateur qui prétend à la distinction.

(*Répertoire de pharmacie.*)

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA PRÉPARATION DE LA LIMONADE AU CITRATE DE MAGNÉSIE. — M. Wislin, pharmacien à Gray, pense que les mauvais résultats obtenus par la plupart des formules proposées pour la préparation de la limonade au citrate de magnésie, tiennent surtout à ce que l'on s'est attaché à produire un citrate neutre, qui a peu de stabilité dans ses éléments, tandis que le citrate acide se conserve fort longtemps sans altération, n'a aucune action irritante et purge très-bien.

En conséquence, il propose la formule suivante pour six bouteilles à 60 grammes de citrate, qui est la dose la plus habituelle :

Sous-carbonate de magnésie,	120 gram.
Acide citrique,	270 —
Sirop de sucre aromatisé à l'orange ou au citron,	600 —
Bicarbonate de soude,	15 —
Eau froide,	1,250 —

Faites dissoudre l'acide dans l'eau froide, ajoutez par portions la magnésie, laissez reposer pendant quelques heures; filtrez et divisez en six bouteilles, dans chacune desquelles vous aurez préalablement pesé 100 grammes de sirop aromatique; achevez de les remplir avec de l'eau, et ajoutez à chacune 2 grammes 1/2 de bicarbonate de soude; bouchez et ficelez rapidement.

Il n'est point indifférent de mettre l'acide le premier; en agissant en sens inverse, on s'exposerait à avoir un citrate neutre qui se déposerait au fond des bouteilles.

Ces limonades, couchées dans un lieu frais, se conservent plus de six mois, sans éprouver la moindre altération.

(*La France médicale et pharmaceut.*)

MÉDICAMENTS PRÉPARÉS AVEC LE GUANO; par M. C. GIRARDIN, pharmacien. — Les éminents services que les préparations de guano purifié ont rendus, après la prescription et le mode de faire convenus entre M. le docteur V. Baud et moi, m'engagent à en publier les formules :

Pr. : Guano, 500 grammes ; pulvérisez, tamisez. Traitez par deux déplacements avec 1,500 d'alcool dilué (alcool, 1/3 ; eau distillée, 2/3) ; filtrez. Faites évaporer lentement jusqu'à ce que le résidu se prenne en masse. Faites dessécher à l'étuve. Cette quantité donne 300 grammes d'extrait sec.

Pommade de guano contre l'herpès, de quelque forme que ce soit.

Guano purifié	8 grammes.
Axonge	24 —

Cette pommade irrite dès ses deux ou trois premières applications, mais le malade évitera cet inconvénient en passant, quelque temps avant, un peu d'huile d'amande douce sur la dartre.

Sirop de guano, dépuratif très-puissant et antistrumeux.

Guano purifié	8 grammes.	
Eau	250	—
Sucre	500	—

F. L. A. un sirop qu'on aromatise avec :
Teinture de vanille . . . . 8 grammes

Ce sirop est très-agréable, malgré la répugnance qu'inspire sa provenance.

(*Journ. de chim. méd.*)

Species laxantes St.-Germain. — Cette préparation laxative, fort employée en Allemagne et dans le grand-duché de Luxembourg, où elle est connue sous le nom vulgaire de *charmanten The*, présente, sur les infusions de séné simples, l'avantage de purger modérément sans occasionner les coliques si fréquemment observées après l'administration de celle-ci. En voici la formule, telle qu'elle nous a été communiquée par un pharmacien de Grevenmacher :

℞: Fol. sennæ spiritu vini extractorum (1). . . uncias quat.
Fol. sambuci . . . . uncias duas cum dimidia
Seminis fœniculi
— anisi vulg... singularum drachmas decem. Concisa et contusa misceantur. In dispensatione adde :
Tartari depurati pulver. drachmas septem.

On s'en sert en guise d'infusion théiforme. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

Médecine légale.

Cas remarquable de monomanie incendiaire. — La cour d'assises de la Sarthe vient d'avoir à juger une jeune fille de douze ans, qui a présenté un cas fort remarquable de monomanie incendiaire ou pyromanie. Cette enfant, née de parents pauvres, mais très-honnêtes, habitait avec eux une ferme appartenant à M. Druet-Desvaux, propriétaire fort aimé dans le pays et pour qui la famille de l'accusée n'avait que de la reconnaissance. Quatre fois en quelques jours le feu se manifesta dans les dépendances de la ferme. Cette jeune fille, que personne ne soupçonnait d'abord, avait imaginé une fable assez habilement construite pour rejeter le crime sur un étranger qu'elle assurait avoir vu et qui même, prétendait-elle, avait voulu la frapper avec son bâton. Mais, lors du quatrième incendie, les soupçons se portèrent sur elle et on l'arrêta. Après avoir nié d'abord avec beaucoup de présence d'esprit, elle avoua ensuite qu'elle était coupable et déclara qu'elle avait commis ces crimes à l'instigation d'un de ses oncles, puis enfin, elle reconnut que personne ne l'y avait engagée et qu'elle avait mis le feu pour s'amuser.

Traduite devant les assises de l'Orne, elle fut condamnée à dix années de reclusion dans une maison de correction. Mais cet arrêt ayant été cassé pour vice de forme, elle a paru devant la cour d'assises de la Sarthe, et là cette manie incendiaire a été reconnue de la manière la plus explicite. M. le docteur Ragaine, chargé d'examiner l'état physique et moral de l'accusée, a déclaré que, dans les deux premiers mois, aucun fait caractéristique n'était venu indiquer de perturbation chez elle, mais que, depuis cette époque, il était survenu des accès d'hystérie accompagnés de désordres manifestes dans l'intelligence. Pendant plusieurs heures après ces accès, elle ne reconnaissait aucune des personnes qui l'entouraient; elle les menaçait, les injuriait, les frappait même, et cette agitation était accompagnée de délire et de sensations étranges. Alors, en effet, elle avait des hallucinations et toutes ses idées se concentraient sur l'existence du feu qu'elle croyait apercevoir et qu'elle contemplait avec admiration. M. le docteur Fisson, qui l'a observée pendant douze jours seulement dans la prison du Mans, a déclaré que d'abord elle avait présenté un état de tristesse et de mélancolie peu habituelle aux enfants de son âge, puis que bientôt il s'était développé des accès d'hystérie suivis de délire avec hallucinations. Dans une de ces crises elle regardait en riant au plancher et disait : « Oh! que c'est beau! oh! que c'est beau! le feu! — Voulez-vous venir mettre le feu encore? lui dit quelqu'un. — Oh! oui, répondit-elle, c'est si beau, le feu! » Quand elle voyait une lumière, elle entrait dans un grand état d'irritation et voulait se précipiter dessus.

Cette jeune fille était d'une constitution éminemment nerveuse, peu intelligente, mais très-impressionnable; elle avait été vivement frappée du bruit qui s'était répandu quelque temps avant son crime, qu'un miracle s'était opéré dans le voisinage. Elle avait souvent des hallucinations et disait aux personnes qui l'entouraient : « Je vois la bonne Vierge, elle cause avec moi, je ferai bien ma seconde commu-

(1) Folia sennæ spiritu vini extracta :
R. Folia sennæ cum partibus quatuor spiritus vini rectificatissimi per biduum macerentur, tunc exprimantur et siccentur.

nion. » Et en effet elle renouvela sa communion avec une ferveur édifiante.

Tous ces faits ont été exposés devant le jury qui, plus complétement éclairé que ne l'avait été celui de l'Orne, a prononcé un verdict d'acquittement.

Il serait difficile de rencontrer un exemple plus frappant de monomanie incendiaire. Toutes les circonstances se trouvent réunies pour rendre ce fait intéressant. L'accusée, tout en délirant sur un point, puisqu'elle cédait à une force irrésistible en mettant le feu, conservait néanmoins toute la finesse nécessaire pour détourner les soupçons et même pour les faire tomber sur un autre. Elle sait qu'une voisine était presque aveugle et c'est chez elle qu'elle dispose la petite comédie dans laquelle elle suppose qu'elle est menacée par un étranger. La pauvre aveugle accourt; elle ne voit rien; mais comme elle entend la jeune fille qui parle à quelqu'un et qui paraît fort effrayée, elle ne doute pas qu'en effet un étranger ne soit entré dans la maison, et elle vient ajouter son témoignage à celui de la rusée pyromane qui engage ainsi la justice dans une fausse route.

Mais ce qui doit surtout être noté, c'est que, lors de son premier jugement, personne ne la crut atteinte d'aliénation mentale et que la justice, pensant avoir à punir une de ces misérables qui débutent dans le crime avant l'âge de raison, l'avait frappée d'un châtiment terrible. C'est qu'en effet la monomanie incendiaire, comme toutes les autres monomanies, est bien difficile à constater et demande un examen attentif et surtout prolongé. Pour peu que le moindre doute s'élève dans l'esprit des médecins appelés à observer des prévenus, ils ne doivent pas hésiter à demander un prolongement d'instruction, pendant lequel il surviendra peut-être des accidents qui, comme dans l'observation que l'on vient de lire, ne laisseront aucun doute sur l'état mental des sujets. Dans l'aliénation mentale, comme dans toutes les maladies, c'est le début qu'il est difficile de saisir et souvent une action criminelle est le prélude d'un désordre dans les idées, auquel chacun d'abord refuse de croire, mais qui va bientôt en s'aggravant de manière à ne laisser aucun doute, même aux esprits les plus prévenus. (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

III. BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire (1); par A. VELPEAU, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc.

Bien que tous les praticiens aient senti que les articles de Boyer et de A. Cooper et de nos dictionnaires ne peuvent tenir lieu d'un traité de pathologie du sein et de la région mammaire; bien que les affections de la plupart de nos organes (cerveau, œil, oreille, rein et vessie, voire aussi les os, le cuir chevelu et le système cutané) soient étudiées dans des ouvrages spéciaux et même déjà depuis longues années, cependant, nul chirurgien n'a osé entreprendre la monographie des maladies du sein.

La spécialité dont s'occupe le nouvel ouvrage de M. Velpeau, que le monde médical attendait impatiemment, excité par la connaissance des leçons cliniques, de l'article MAMELLE du *Répertoire des sciences médicales*, et des discours académiques de ce professeur; la position si brillante de celui-ci, lequel, par sa grande érudition, sa vaste expérience et son profond savoir, tient, en quelque sorte, le sceptre de la chirurgie contemporaine; la spécialité, dis-je, que traite cette monographie, et le nom de son auteur recommandent suffisamment le *Traité des maladies du sein* à tous les savants et aux praticiens désireux de suivre les progrès de la science.

Qui pouvait, mieux que le chirurgien de la Charité, élucider cette question si difficile et si importante des maladies du sein? Cependant, il faut le reconnaître, elle a fixé l'attention de quelques hommes d'un grand savoir, ainsi que le témoignent les mémoires de MM. Bérard et Nélaton et celui de M. Cruveilhier. On se le rappelle encore, ce dernier professeur présenta, en 1844, à l'Académie de médecine de Paris, un travail sur les tumeurs fibreuses du sein, qui suscita une discussion à laquelle prirent part MM. Blandin, Gerdy, Moreau, Roux et Velpeau, et qui servit à démontrer, d'une manière évidente, combien alors l'état de la science, sur les maladies du sein, laissait à désirer.

Cette lacune est-elle comblée par l'ouvrage que nous analysons? L'auteur, avec la modestie qui est un des cachets de la

(1) En vente chez J. B. Tircher, à Bruxelles.

haute science, convient que, « dans plu- » sieurs de ses parties, son travail n'est » qu'une ébauche, qu'au point de vue » scientifique ou doctrinal, comme sous le » rapport de la pratique, il doit attendre » beaucoup de l'avenir. » (*Préface*, p. XVIII).

Quoi qu'il en soit, les praticiens qui ont entre les mains ce nouvel ouvrage, savent très-bien « que les questions qu'il em- » brasse ne sont pas de celles qui se résol- » vent en un jour ; que les faits dont elles » ont besoin ne s'inventent pas et qu'il » faut attendre qu'ils se présentent d'eux- » mêmes ; » et ils sentent s'il est possible au critique de ne point applaudir vivement à la sagesse des conseils pratiques et à la richesse de l'érudition qui brillent dans cette monographie, à la fois doctrinale et pratique.

Un traité d'une aussi longue haleine, d'une pensée scientifique et clinique si élevée, ne saurait exiger une analyse méthodique ou détaillée ; car celle-ci serait aussi longue que l'ouvrage lui-même. Par ce motif, nous devons nous borner à quelques aperçus généraux.

Le *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, composé uniquement avec les matériaux puisés dans le propre fond de l'auteur, est divisé en trois parties principales.

La première traite des maladies de la région mammaire de la femme ;

La seconde s'occupe des maladies de la mamelle chez l'homme ;

La troisième a pour objet l'étude des maladies de la mamelle chez les nouveau-nés et les enfants.

Ces deux dernières ne sont, en quelque sorte, que le complément de l'ouvrage entier, qui est précédé d'une préface, dans laquelle l'auteur révèle déjà et explique sa juste défiance vis-à-vis les données microscopiques, par suite non-seulement des opinions différentes des micographes, mais aussi des variations d'opinions de chacun d'entre eux.

La première partie est la plus importante.

L'auteur l'a divisée en deux sections : dans la première, il expose les maladies de nature bénigne de la mamelle de la femme ; dans la seconde, il traite des maladies malignes de la région mammaire de la femme.

Cette division originale, qui dévoile la pensée de l'auteur, n'est peut-être pas, aux yeux de tous les chirurgiens, entièrement exempte de légers reproches. En effet, le médecin peut-il toujours, avec certitude, différencier une maladie bénigne d'un mal cancéreux? Je sais très-bien que M. Velpeau affirme « qu'un praticien » exercé distinguera sans peine la tumeur » cancéreuse de celle qui ne l'est pas..... » qu'on ne l'a jamais vu se tromper (page » 590) ; » mais est-ce que pareille profondeur dans le coup d'œil est donnée à tout chirurgien? Quel est le praticien, un peu répandu, qui n'a vu, maintes fois, certains accidents syphilitiques constitutionnels simuler une affection cancéreuse de l'œil, de la lèvre, de la langue, de la matrice, du rectum, de la verge, du testicule (voir la *Gazette médicale de Paris*, 1841, p. 632 ; le *Traité de la phthisie laryngée* de MM. Trousseau et Belloc, observat. 49 ; le *Traité des maladies de matrice* de Duparcque ; le *Traité de pathologie* de M. Vidal, de Cassis ; les *Leçons orales de clinique chirurgicale* de Dupuytren, t. IV, p. 248 ; et l'article *Sarcocèle* du *Dictionnaire de médecine*, par Roux). Sauvages et le docteur Yvaren n'ont-ils pas vu une affection vénérienne de la mamelle prise pour un cancer? Tous ces faits démontrent, ce me semble, la grande difficulté de porter un diagnostic, dans certains cas de tumeurs cancéreuses, comme d'ailleurs l'ont soutenu, en 1844, à l'Académie de médecine de Paris, Roux, Blandin, Lisfranc. M. Velpeau, lui-même, ne le reconnait-il pas quand il dit : « L'embarras du diagnostic n'est guère possible » qu'au début de la maladie ; plus tard, les » cas douteux sont rares (p. 590). »

La première section renferme deux chapitres.

Le premier, consacré aux maladies inflammatoires, est divisé en trois articles principaux : l'un destiné aux maladies inflammatoires du mamelon ; le deuxième à l'inflammation proprement dite de la mamelle ; enfin, le troisième est consacré aux abcès.

Le second chapitre de la première section traite des maladies non inflammatoires. Son premier article est consacré à l'étude des contusions ; le second, à celle des tumeurs indolentes et de nature bénigne ; enfin, le troisième à celle des tumeurs appelées adénoïdes.

Dans la deuxième section de la première partie, l'auteur traite des maladies de nature maligne ou cancéreuse.

Cette section contient cinq chapitres : le premier a pour objet les formes diverses du cancer ; le second leur diagnostic différentiel ; le troisième parle de la nature et de l'étiologie du cancer ; le quatrième du pronostic et le dernier du traitement.

Tel est le vaste cadre que M. Velpeau a su remplir d'une telle manière, tant sous le point de vue scientifique que sous celui clinique, appuyé sur des faits nombreux et bien choisis, que la monographie des maladies du sein atteint le but que s'est

proposé son auteur et est une des productions les plus remarquables de la chirurgie moderne.

Dans le traitement des kystes séreux et des tumeurs hydatiques, M. Velpeau donne la préférence aux injections iodées.

Dans le traitement des tumeurs adénoïdes, quoique sachant, par expérience personnelle, que certains résolutifs, employés heureusement et avec constance, peuvent en amener la guérison, il donne la préférence à l'instrument tranchant.

Ces tumeurs adénoïdes, appelées fibreuses par M. Cruveilhier, mammaires chroniques par A. Cooper, ne sont point susceptibles, suivant M. Velpeau, de devenir cancéreuses, malgré l'avis de Boyer, Laënnec, Blandin, Roux, Lisfranc et Récamier, qui pensaient que toute tumeur du sein conduit au cancer. Ainsi peuvent s'expliquer les succès des chirurgiens qui, ayant cru enlever des tumeurs cancéreuses, n'ont eu à traiter que des tumeurs bénignes.

Nous n'avons pas vu que M. Velpeau, en traçant le diagnostic du cancer de la mamelle, ait parlé de la syphilis simulant ce mal. Cependant, au dire des auteurs, il existe des faits qui démontrent cette métamorphose de la vérole constitutionnelle. Ainsi, l'on en trouve deux dans la *Nosologie* de Sauvages, et la 118e observation de l'ouvrage du docteur Prosper Yvaren (1) en fournit un troisième. Mais c'est là une omission volontaire. En effet, M. Velpeau appréciant trop la sûreté du diagnostic de ses lecteurs, par la justesse du sien, n'a probablement point cru devoir admettre la possibilité de confondre ces deux affections de la mamelle.

M. Velpeau, en traçant l'étiologie du cancer de la mamelle, attribue, avec raison, aux violences extérieures une grande part dans la production de ce mal, et il admet l'influence de l'hérédité (p. 538 et 608). Sous ce dernier point, le professeur de la Charité semble être en désaccord avec plusieurs auteurs. Ainsi, en relevant les calculs de Récamier, j'ai trouvé un seul cancéré, issu de parents cancéreux, sur 24 nés de parents sains, et, sur 23 autres cas, il n'y en a eu qu'un seul dans lequel on pourrait accuser l'hérédité (Piorry, *Thèse de concours*, 19 juin 1833, p. 77).

Contrairement à l'opinion de Monro, qui repousse l'opération partout où le cancer ne peut point être nettement rattaché à une cause externe; à celle de Boyer, Baffos, Hervez de Chégoin, à celle de M. Moreau qui est « qu'on ne doit pas opérer » d'abord la tumeur du sein, et qu'on est » toujours à temps pour le faire, » M. Velpeau pense que « le véritable cancer est » réfractaire, de tous les points réfractaire aux topiques comme aux remèdes » vantés contre lui jusqu'à présent (p. 554 » et 618). Quand le cancer existe, dit-il, » il n'y a qu'une chose à faire : c'est de » l'enlever et de l'enlever le plus tôt possible. » A ses yeux, l'opération est préférable à toutes les autres médications contre le cancer et même contre les tumeurs adénoïdes ou bénignes de la mamelle, et elle doit être appliquée le plus tôt possible (p. 620). Cependant, d'accord sur ce point de vue avec M. Maisonneuve, il croit devoir préférer les caustiques à l'instrument tranchant dans quelques cas (p. 663).

Telle est, aussi succinctement que possible, l'analyse du *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, auquel l'auteur a ajouté de belles gravures.

Si nous avons bien rendu notre pensée, il n'est pas un seul praticien, jaloux de suivre les progrès de la science et de contribuer, suivant ses forces et son intelligence, au soulagement de l'humanité, qui, après avoir lu notre compte-rendu, s'il ne connaît pas encore cette monographie de M. le professeur Velpeau, ne s'empresse de l'étudier.

Ce *Traité des maladies du sein et de la région mammaire* suffit, à lui seul, pour mettre son auteur au premier rang des grandes illustrations chirurgicales.

Dr E. Putegnat (de Lunéville).

IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Bulletin de la Séance du 1er mai.

Président : M. Dieudonné.
Secrétaire : M. Crocq.

Sont présents : MM. Seutin, Koepl, Dieudonné, Martin, Crocq, Leroy, Bougard, Henriette, Gripekoven, Van den Corput, Rieken, Delstanche et Joly.

M. A. Uytterhoeven, membre honoraire, assiste à la séance.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

(1) *Des métamorphoses de la syphilis*; 1 v. in-8o. Paris, 1854.

La correspondance comprend des lettres de M. le docteur Seeger, de Louisbourg, de M. le docteur Hahn, d'Aix-la-Chapelle et de M. N. Gille, pharmacien, répétiteur à l'école vétérinaire de l'Etat, qui accusent la réception de leur diplôme de membre correspondant et remercient la Compagnie de les avoir associés à ses travaux. — M. le docteur Seeger fait hommage d'un ouvrage imprimé du docteur Cless, de Stuttgart. Renvoi à l'examen de M. Rieken.

M. le docteur A. Reinvillier, de Paris, fait parvenir un exemplaire d'un *Cours d'hygiène* et sollicite le titre de membre correspondant.—M. Reinvillier sera invité à faire parvenir à la Société un travail manuscrit et son ouvrage sera analysé par M. Henriette.

M. le docteur Beaupoil, à Ingrandes (Indre-et-Loire), sollicite le titre de membre correspondant et envoie, à l'appui de sa candidature, un travail manuscrit relatif à un cas de hernie inguinale étranglée. — Renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Joly, rapporteur, Bougard et Henriette.

Ouvrages présentés :

1. De l'influence que doit exercer la phrénologie sur les progrès ultérieurs de la philosophie et de la morale; par le docteur Lacorbière. Paris, 1854, in-8°.

2. Notice historique sur Antoine Parmentier; par Émile Mouchon. Lyon, 1843, in-8°.

3. De la magnésie considérée dans ses applications, soit à titre d'intermède, soit comme auxiliaire, soit aussi comme agent modificateur; par E. Mouchon. Lyon, 1852, in-8°.

4. Mémoire sur le frêne commun; par Émile Mouchon. Lyon, 1853, in-8°.

5. Luft im Blute in pathologischer Beziehung, von Dr G. Cless. Stuttgart, 1854, in-8°.

6. Mémoires couronnés et Mémoires des savants étrangers, publiés par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, tome XXV. Bruxelles, 1854, 1 vol. in-4°.

7. Cours élémentaire d'hygiène en vingt-cinq leçons; par A. Reinvillier. Paris, 1854, vol. in-18.

8. Notice sur les établissements consacrés au traitement des maladies des yeux; par le docteur Ed. Cornaz. Bruxelles, 1852, in-8°.

9. Matériaux pour servir à l'histoire des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes; par le docteur Ed. Cornaz. Bruxelles, 1852, in-8°.

10 à 43. Divers journaux de médecine et recueils scientifiques périodiques.

L'ordre du jour est la lecture du rapport de MM. Delstanche, Rieken, Van den Corput, Thiry et Martin, sur le concours pour la question relative aux caustiques. — M. Delstanche, rapporteur de la Commission, lit le rapport suivant :

MESSIEURS,

L'étude des caustiques, considérés comme agents thérapeutiques, a fait de notables progrès en ces derniers temps; mais ses éléments sont restés épars et disséminés dans un grand nombre de monographies et de recueils périodiques. C'est dans le but de les rassembler, de les coordonner, de les compléter et d'en faire en quelque sorte un corps de doctrine, que la Société des sciences médicales et naturelles a mis au concours la question suivante :

« Indiquer et décrire les différents agents caustiques; apprécier leur action sur nos tissus, en insistant surtout sur les différences que présente cette action et sur ses rapports avec leur nature chimique; déduire de ces différences d'action les indications spéciales de chacun de ces agents. »

Deux mémoires sont parvenus en réponse à cette question; vous les avez envoyés à notre examen.

Nous le commencerons par le N° 2, portant pour épigraphe : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas,* et ces mots : *quod scripsi vidi.*

Ce travail est divisé en deux parties, l'une scientifique, l'autre pratique.

L'auteur commence par préciser ce que l'on doit entendre par le mot « *caustique.* » Il rappelle la définition d'Ambroise Paré, celle de Chametton, de Nanoni, de M. Gosselin, pour arriver à celle de M. le professeur Bonnet et de la plupart des chimistes modernes, ainsi conçue : « Le caustique est une substance qui, par une action chimique particulière, convertit en escharre les parties avec lesquelles on la met en contact. » Il pense que cette définition, que nous trouvons d'ailleurs mot pour mot dans Marjolin, l'emporte sur les précédentes en ce qu'elle établit une ligne de démarcation entre la cautérisation par le feu, qui carbonise les tissus et celle par les agents chimiques qui forment avec eux des composés nouveaux, impropres à la vie. Il ne regarde donc ces agents comme « caustiques » que pour autant qu'ils exercent une action destructive sur les tissus. Ainsi les injections, les collyres de nitrate

RME:

davre comme sur le vivant; que quelques-uns, tels que le sulfate de cuivre, le chlo-

une saponification plus neutre, sur laquelle l'eau n'exerce plus d'action dissol-

abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes; par le docteur Ed. Cornaz. Bruxelles, 1852, in-8°.

« caustiques » que pour autant qu'ils exercent une action destructive sur les tissus. Ainsi les injections, les collyres de nitrate

d'argent ne sont pour lui que des modificateurs destinés à changer la vitalité des tissus, et non pas des « caustiques. »

Dans le but de mieux déterminer leur manière d'agir sur le vivant, il montre les effets de leur application sur le cadavre. Ce travail, dit-il, n'avait jamais été fait; M. Bonnet en a eu le premier l'idée, et l'auteur, avec la collaboration de M. Ferrand, ancien préparateur des leçons de M. Magendie, a essayé de combler, en partie au moins, cette lacune.

Il joint ici un tableau des effets produits par les caustiques sur la peau du cadavre, pourvue ou dépouillée de son épiderme, et sur les tissus sous-jacents. Ce tableau, indiquant la forme, la couleur, la consistance, l'étendue et l'épaisseur de l'escharre, comprend :

1° La potasse caustique;
2° Le caustique de Vienne;
3° Le caustique de Filhos;
4° L'ammoniaque;
5° L'acide sulfurique, le caustique noir et le caustique sulfuro-safrané;
6° L'acide nitrique, le caustique de Rivaillié;
7° Le chlorure d'antimoine;
8° Le nitrate d'argent;
9° L'arsenic;
10° Le perchlorure de fer;
11° Le chlorure d'or;
12° Le bichlorure de mercure;
13° Le nitrate acide de mercure;
14° Le sulfate de cuivre (caustique Payan);
15° Le chlorure d'étain;
16° Le chlorure de zinc (caustique de Canquoin). (*Voir le tableau ci-contre.*)

En vous faisant part de ces recherches, dont il reconnaît lui-même l'insuffisance, l'auteur a pris l'engagement de les poursuivre et d'en communiquer prochainement le résultat à la Société.

En partant de ce fait, d'ailleurs incontestable, que les caustiques n'agissent sur les tissus qu'en se combinant chimiquement avec eux; il était bien évident pour nous, messieurs, que cette action, favorisée sur le vivant, par la chaleur et l'afflux des liquides, ne devait pas être tout-à-fait nulle sur les tissus inanimés. Cependant, ne voulant négliger aucun moyen de nous assurer de la vérité, nous avons répété les essais de l'auteur, et il est presque inutile d'ajouter que nous sommes arrivé aux mêmes résultats que lui.

Il résulte de ces expériences que, contrairement à l'opinion de Charmetton, les caustiques exercent leur action sur le cadavre comme sur le vivant; que quelques-uns, tels que le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, le chlorure d'étain, le perchlorure de fer, le bichlorure de mercure, n'agissent sur la peau qu'après qu'elle a été dépouillée de son épiderme; que cette identité d'action sur les tissus morts et vivants est démontrée par l'analyse des escharres; enfin, qu'une seule de ces substances, l'arsenic, exige, pour agir, des conditions de vitalité, et qu'elle reste sans action sur le cadavre.

Les auteurs de médecine légale avaient, il faut le dire, aplani la voie dans laquelle ces Messieurs sont entrés. Nous ne les félicitons pas moins de leur initiative; leurs recherches ne peuvent manquer d'aboutir à de bons résultats pour la thérapeutique, quoiqu'elles laissent tout à fait de côté l'action dynamique ou vitale des caustiques, que les expériences sur les animaux peuvent seules éclairer.

Le paragraphe suivant traite de la manière d'agir des caustiques. Pour mieux démontrer l'erreur déjà signalée de Charmetton, l'auteur rappelle que la potasse caustique donne lieu, sur le mort comme sur le vivant, à une escharre molle, pulpeuse; qu'elle liquéfie le sang contenu dans les vaisseaux, tandis que le chlorure de zinc possède des propriétés tout opposées; que les mêmes résultats s'obtiennent de part et d'autre sur le sang recueilli dans des vases. Or, cette différence provient de la différence d'action de ces deux substances sur les éléments protéiques et graisseux des liquides et des solides, sur lesquels elles n'agissent d'ailleurs qu'après avoir été dissoutes elles-mêmes dans l'humidité que contiennent ces éléments. Il observe que l'absorption n'enlève qu'une partie du caustique employé et que l'analyse chimique retrouve le reste dans l'escharre.

Mais, se demande-t-il, les caustiques ne se combinent-ils chimiquement avec les tissus qu'après y avoir éteint la vie? Cette opinion, admise par MM. Anglada et Jaumès, de Montpellier, ne lui paraît pas fondée. Selon ces auteurs, en effet, l'action du caustique sur les tissus vivants dépasse les limites de son application immédiate; ainsi la potasse caustique ne pénétrerait point l'escharre; car, observent-ils, celle-ci ne constitue pas, sur le vivant, un savon soluble dans l'eau, elle ne se détache point, comme sur le cadavre, des parties environnantes. Selon M. Ferrand, au contraire, l'alcali pénètre au delà de la mortification, et si son action cesse d'être délétère, c'est que les liquides qui baignent les parties sous-jacentes délaient l'alcali, affaiblissent son action et laissent une saponification plus neutre, sur laquelle l'eau n'exerce plus d'action dissol-

vante. Le travail de la délimitation se forme donc là où le caustique affaibli n'a plus agi comme force vive, c'est-à-dire dans l'auréole qui l'entoure. L'analyse chimique et l'état du sang contenu dans l'auréole ne laissent aucun doute à cet égard. Cette auréole, d'ailleurs, se produit également sur le cadavre.

Enfin, l'auteur fait observer que l'élément douleur, » manifestation de l'action vitale qui se produit autour du caustique, n'en entrave pas l'effet, puisque ceux qui déterminent le plus de douleur sont précisément ceux qui agissent le plus profondément sur le vivant comme sur le cadavre.

Il passe ensuite en revue les phénomènes physiologiques généraux, communs et différentiels des caustiques, tels que : 1° la douleur; 2° la réaction locale et générale; 3° l'absorption en partie ou en totalité; 4° l'escharre; 5° le travail éliminatoire; 6° la chute de l'escharre; 7° l'action des caustiques sur le sang. Ces caractères, ajoute-t-il, diffèrent selon le mode d'action des caustiques sur nos tissus.

a. La douleur produite par la potasse est légère et de courte durée, tandis que celle qui résulte de l'action du bichlorure de mercure et du chlorure de zinc est vive et prolongée. En général, son intensité est proportionnée à l'énergie du caustique. L'auteur mentionne ici la classification de Canquoin, fondée sur la progression de la douleur. Cette classification, commençant par l'acide nitrique et le nitrate d'argent pour se terminer par le sulfate de cuivre et le chlorure d'antimoine, ne lui paraît pas admissible.

b. La réaction locale et générale est en raison de l'intensité de la douleur.

c. L'absorption des caustiques est incontestable; ils passent dans le courant de la circulation en nature ou à l'état de combinaison, pour être éliminés par les voies d'excrétion. Les recherches de M. Manec lui ont démontré que les préparations arsénicales sont expulsées par les urines du cinquième au huitième jour, d'où la conclusion que, pour éviter les accidents toxiques, on ne doit répéter les cautérisations, à l'aide de cet agent, qu'à des intervalles de neuf à dix jours. L'absorption des alcalis et des acides inorganiques est inoffensive, parce qu'ils forment, au moyen des acides et des alcalis répandus dans l'économie, des sels existant primitivement dans le sang.

d. Nous avons vu que parmi les caustiques les uns agissent sur la peau non dépourvue d'épiderme et les autres seulement après qu'elle en a été dépouillée, et que les escharres diffèrent entre elles par leurs caractères physiques.

e. La même différence existe dans le travail d'élimination ; ainsi, tandis que la chute de l'escharre a lieu pour les uns au 10ᵉ jour, elle ne s'effectue pour d'autres qu'au bout d'un ou de deux mois.

f. Il en est de même pour ce qui concerne la vitalité des plaies et le travail de cicatrisation.

g. Nous savons également que leur action sur les éléments protéiques et graisseux se traduit, pour les uns, par la liquéfaction et, pour les autres, par la coagulation du sang.

De la classification des caustiques.

Après avoir discuté la valeur des classifications présentées à différentes époques; celle d'Ambroise Paré qui ne soutient plus l'examen; celle de Schwilgué, basée sur l'innocuité et la nocuité de l'absorption des caustiques, qui a l'inconvénient de n'être point pratique; celle de Sanson, divisant les caustiques en pulvérulents, en solides, en liquides et en pâteux, qui admet le même agent dans les quatre divisions selon qu'il change d'état; celle de M. Mialhe, déduite du mode d'action des caustiques sur les éléments protéiques et graisseux du sang, défectueuses en ce sens que diverses causes peuvent faire varier ce résultat; l'auteur arrive à la classification de M. le professeur Bonnet, qu'il adopte dans ce travail.

Cette classification, tout à fait chimique, que le professeur de Lyon a longuement développée dans ses cours, divise les caustiques : en alcalins, en acides et en métalliques, division naturelle, facile à saisir et conforme aux classifications adoptées dans les traités de chimie, possédant surtout ce grand avantage que tous les agents d'une même classe jouissent de propriétés communes et spéciales.

L'application des caustiques, poursuit l'auteur, se fait sous forme solide, liquide et pâteuse, de sorte que le même agent peut être employé pur, en solution ou mélangé à une autre substance de manière à former une masse ductile. Les caustiques solides, tels que le nitrate d'argent, lui semblent spécialement indiqués pour détruire de petites tumeurs, etc.; les liquides pour pratiquer des cautérisations superficielles ou pour détruire profondément les venins et les virus en dehors même de leur application immédiate; enfin, les caustiques mous seront préférés lorsqu'il s'agira de détruire des tumeurs volumineuses. Étendus sur de la toile en

forme de sparadrap, ils s'adaptent parfaitement au contour des parties; leur combinaison avec la farine les empêche de fuser; ils portent la cautérisation aussi profondément qu'on le veut, et de tous les caustiques, ce sont les plus faciles à manier.

Des caustiques en particulier.

PREMIÈRE CLASSE.

Avant de passer à l'étude des caustiques alcalins en particulier, l'auteur expose leurs caractères généraux aux points de vue chimique et physiologique. Il rappelle que les caustiques alcalins agissent sur la peau non dépouillée de son épiderme, qu'ils dissolvent les tissus en donnant lieu à des escharres molles, mal circonscrites, qui ne se détachent qu'au bout d'un temps fort long, laissant à nu des plaies lentes à se cicatriser; qu'ils exercent une action dissolvante sur le sang disposant aux hémorrhagies; qu'ils sont facilement absorbés, mais qu'ils forment, à l'aide des acides qu'ils rencontrent dans nos liquides, des sels ayant leurs analogues dans l'économie, et par conséquent inoffensifs; que la réaction que ces caustiques déterminent est faible, la suppuration abondante. Il conclut de là qu'ils sont spécialement indiqués, pour pratiquer des fonticules ou des ouvertures lentes à se cicatriser.

Potasse caustique.

L'auteur indique d'abord sa préparation et sa manière d'agir sur le cadavre et sur le vivant; il dit pourquoi l'escharre des tissus cellulaire et musculaire est plus molle que celle de la peau, et à propos de cela, il revient sur une foule de détails qu'il a déjà exposés longuement dans le chapitre précédent; il signale les précautions à prendre pour établir un fonticule et cautériser les plaies et les trajets fistuleux; il mentionne en passant le procédé imaginé par le docteur Géogenon, pour abréger les douleurs de la cautérisation, consistant dans la dénudation préalable du derme à l'aide du vésicatoire, et termine par la description de la cautérisation circulaire du docteur Bourgeois, qui l'a désignée sous le nom de *cautérisation par dilution*. L'auteur ne reconnaît d'ailleurs pas à ce procédé les avantages que lui accorde ce médecin.

Caustique de Vienne. — Sa préparation, sa grande altérabilité par l'action de l'air, son mode d'application, les caractères de son escharre, plus ferme, plus circonscrite et plus profonde que celle de la potasse, les causes de cette différence, son action dissolvante sur le sang, la plus grande vivacité de la douleur et de la réaction locale, l'activité plus grande du travail d'élimination et de cicatrisation sont exposés avec soin dans ce paragraphe. L'auteur attribue à ce caustique les mêmes indications et contre-indications qu'à la potasse sur laquelle il l'emporte d'ailleurs lorsque la cautérisation doit être prompte, circonscrite et profonde. Le mélange de pâte de Vienne et de potasse employé par le docteur Rivaillié, lui semble moins avantageux que la pâte de Vienne seule.

Le *caustique de Filhos* jouit de propriétés analogues, mais son action est plus profonde et mieux circonscrite encore que celle du caustique de Vienne, lequel, selon notre auteur, doit céder le pas au caustique Filhos. Ce praticien l'applique particulièrement au traitement des affections de l'utérus. On sait que c'est de cet agent que M. Amussat se sert pour cautériser les pédicules hémorrhoïdaux, à l'aide d'un instrument imaginé à cette fin.

L'*ammoniaque liquide*, en solution concentrée ou mêlée à l'axonge dans les proportions indiquées par Gondret, jouit, sur le cadavre comme sur le vivant, des propriétés communes aux alcalis. C'est, dit l'auteur, le plus dissolvant de tous. Il produit, à volonté, des effets vésicants ou caustiques; mais son action caustique, affaiblie par sa grande perméabilité à travers les tissus, est inférieure à celle des autres agents de la même classe.

Sauf les cas de plaies par morsure d'animaux venimeux ou enragés, l'auteur donne la préférence à la pommade de Gondret. Sous cette forme, l'ammoniaque peut offrir des avantages dans le traitement de l'amaurose.

Quant à l'emploi de l'ammoniaque liquide pour la cautérisation des plaies venimeuses, Fontana en a démontré l'inutilité et même le danger; en ce sens qu'il fait négliger des moyens plus efficaces, tels que le beurre d'antimoine, etc.

L'auteur ne mentionne que pour mémoire le *caustique calcaire savonneux*, mélange de 3 parties de chaux vive et de 2 parties de savon sec, dont on se sert en le ramollissant avec un peu d'alcool ou d'eau de Cologne. Son action est identique à celle du caustique de Vienne, mais moins profonde.

SECONDE CLASSE. — *Caustiques acides.*

Dans ce chapitre, l'auteur passe successivement en revue les acides *sulfurique*, *nitrique*, *fluorique*, *chlorhydrique*, *acétique* et *chromique*. Comme pour les caustiques alcalins, il en expose d'abord les caractères

généraux aux points de vue chimique, physiologique et thérapeutique. Il montre les effets qu'ils produisent sur le cadavre et sur le vivant, sur la peau dépouillée ou non dépouillée de son épiderme, donnant lieu à des escarrhes molles, pâteuses, mal circonscrites, entourées d'une auréole, avec infiltration à travers les tissus sous-jacents, qui présentent, dit-il, l'aspect de la viande cuite dans l'eau. La réaction qui se produit autour des escharres est très-vive; celles-ci se détachent en général du quinzième au vingtième jour, laissant à découvert des plaies plus animées et se cicatrisant plus promptement qu'après l'emploi des alcalis.

Quant à l'action des acides concentrés sur le sang, elle est d'abord coagulante, selon M. Ferrand, cité par l'auteur; mais bientôt, dilués par l'eau qu'ils rencontrent dans les liquides organiques, ils altèrent profondément le coagulum, le réduisent à ses éléments primitifs, hydrogène, oxygène, azote, carbone, libres ou formant de nouvelles combinaisons. Aussi peuvent-ils donner lieu à des hémorrhagies. Leur absorption n'offre point de danger, les alcalis renfermés dans les tissus, formant avec eux des sels qui ont leurs similaires dans l'économie.

A l'état liquide comme à l'état pâteux, ce genre de caustiques, poursuit l'auteur, est d'un maniement incommode; en réagissant sur la substance avec laquelle on les mélange, ils perdent de leur causticité et la pâte se liquéfie. Si, au contraire, cette substance est inerte, un mélange trop consistant se moule difficilement sur les parties; peu consistant, il laisse échapper l'acide.

Il en tire la conséquence que, disposant de caustiques d'une énergie au moins égale et d'un maniement plus sûr et plus commode, dans la première et la troisième classe, l'emploi des caustiques acides, à part quelques rares exceptions, lui semble devoir être abandonné.

L'acide sulfurique monohydraté à 66 degrés, n'est employé à l'état liquide que pour pratiquer des cautérisations superficielles et transcurrentes. Il se combine, en se décomposant, avec les éléments de nos tissus. La douleur qu'il produit est intense, la réaction inflammatoire vive. L'escharre tombe du quinzième au vingtième jour, laissant après elle une plaie indurée, ulcéreuse, suppurante, qui se cicatrise lentement. L'auteur donne ici le procédé de M. Legroux, pour établir les cautérisations superficielles et transcurrentes.

Lorsqu'il s'agit d'obtenir des cautérisations profondes, l'acide sulfurique s'emploie à l'état pâteux, mélangé au safran ou au noir de fumée.

Le premier est un composé de 2 p. acide, 3 p. safran. L'auteur en indique la préparation, les caractères de l'escharre, ceux de la plaie qui lui succède, les inconvénients de son emploi, tels que hémorrhagie, ramollissement et putrescibilité des tissus, lenteur du travail cicatriciel.

Ces inconvénients lui sont communs avec le *caustique noir*, mélange de 2 p. suie, acide 4 p., qui, par sa composition, est un peu moins sujet à fuser.

Dans le paragraphe consacré à l'*acide nitrique*, l'auteur expose la préparation de cet acide et de l'acide nitrique monohydraté, en observant que l'application de ce dernier sur les tissus donne lieu à la formation d'acide xantho-protéique.

Quant aux effets thérapeutiques de ce caustique, il ne les étudie que dans la pâte de Rivaillié, solidification de l'acide nitrique par la charpie. Il en indique également la préparation, le mode d'application et l'action sur les tissus; il discute ses avantages et ses inconvénients, dont le moindre, à son avis, est le dégagement d'acide hypoazotique, qui indispose le malade et les assistants.

Ces inconvénients, dit-il, ne sont balancés que par l'activité de ce caustique, qui, en 20 minutes, c'est-à-dire pendant la durée d'une seule éthérisation, peut détruire une tumeur d'un gros volume.

Pour éviter ce dégagement de vapeurs et obtenir une cautérisation plus profonde, il conseille de substituer l'amiante à la charpie, l'acide ne réagissant pas sur cette substance; mais l'auteur observe qu'il n'a jamais eu l'occasion d'employer ce mélange.

Il ne voit, dans l'*acide fluorique*, qu'un agent dangereux, expérimenté et bientôt abandonné par Dupuytren; et il termine ce chapitre en mentionnant l'*acide hydrochlorique*, employé plutôt comme modificateur que comme caustique; l'*acide acétique*, dont le professeur Lallemand s'est servi avec succès dans le début de la pourriture d'hôpital; l'*acide chrômique*, recommandé par Heller, pour la destruction des tissus de nouvelle formation, condylômes, ragades, végétations, et enfin l'*eau régale*, qui est surtout redevable de ses propriétés à l'acide nitrique auquel il renvoie.

TROISIÈME CLASSE. *Caustiques métalliques.*

En commençant ce chapitre, l'auteur se demande quel ordre il va adopter pour l'étude de ce genre de caustiques; la classification chimique lui paraît sans utilité

et embarrassante pour la mémoire; d'un autre côté, la classification thérapeutique sépare des agents rapprochés par leur nature chimique. Il se décide donc pour l'ordre alphabétique. Mais avant de les étudier isolément, il jette un coup d'œil sur les caractères généraux de ces caustiques; il fait remarquer que celles de ces substances qui entament la peau non dépourvue d'épiderme, contiennent, en général, un excès d'acide, telles que le chlorure d'or, le nitrate acide de mercure; que celles qui n'agissent que sur la peau dénudée, cautérisent les tissus en donnant lieu à une double décomposition, l'acide se combinant avec les bases alcalines pour former des sels solubles, tandis que l'oxyde métallique forme avec l'albumine des albuminates solides, très-résistants et insolubles dans l'eau. Cette combinaison est même tellement intime, ajoute-t-il, qu'une solution alcaline ne peut en séparer le métal. Cette action est plus évidente encore sur le sang.

La douleur produite par ces caustiques est en général très-intense, l'escharre sèche, imputrescible, bien circonscrite; une réaction vive et franche en détermine promptement la chute, et la plaie qui en résulte se cicatrise vite. Ils jouissent, en outre, de propriétés antihémorrhagiques.

Comme les alcalis et les acides, ces caustiques sont susceptibles d'absorption, et celle-ci est en raison de l'étendue de la cautérisation. L'intoxication que quelques-uns déterminent, réagit en particulier sur le tube digestif. L'auteur ajoute que la nature des symptômes et les lésions cadavériques mettent ce fait hors de doute.

Cette assertion, Messieurs, pourrait d'abord paraître erronée, car l'observation journalière démontre que, dans l'application régulière de ces métaux, les particules absorbées sont spécialement entraînées par les voies urinaires. Mais il faut remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'un emploi régulier, mais d'accidents toxiques susceptibles de déterminer des troubles organiques et fonctionnels. Dans ces cas, en effet, la sécrétionurinaire est, la plupart du temps, frappée d'inactivité, et les sécrétions intestinales, les vomissements et les évacuations alvines, sont alors le moyen principal d'élimination du poison.

Quoi qu'il en soit, l'auteur conclut de ces considérations que les caustiques métalliques sont indiqués :

1° Quand il faut produire des escharres profondes et limitées, l'action de ces caustiques pouvant être calculée avec une grande précision;

2° Pour détruire les tumeurs vasculaires;

3° Pour obtenir des mortifications sèches, imputrescibles et une prompte cicatrisation;

4° Enfin, pour prévenir les hémorrhagies.

Mais comme ces agents ne possèdent pas tous ces propriétés au même degré, c'est au chirurgien, dit l'auteur, à faire choix de celui qui réunira le mieux les conditions voulues, et après avoir indiqué quelques précautions à prendre dans leur application, il les étudie chacun séparément.

Antimoine (chlorure).

Le premier dans l'ordre alphabétique est l'*antimoine* (chlorure); il en indique les propriétés physiques, la préparation; il rappelle ses effets sur les tissus, déjà mentionnés au tableau et son action fortement coagulante sur le sang. La douleur qu'il produit est très-vive, la réaction énergique; l'escarrhe est éliminée le 12° jour, et la plaie ne tarde pas à se cicatriser. Son absorption donne lieu à des phénomènes analogues à ceux de l'émétique; il peut même en résulter quelques accidents.

Le *beurre d'antimoine* est l'agent par excellence pour cautériser les plaies sinueuses; mais pour obtenir des cautérisations profondes et circonscrites, il est nécessaire de lui donner une consistance plastique, en l'associant à la farine dans les proportions de 1 partie de chlorure pour 1, 2, 3 ou 4 parties de farine.

Cette pâte, étendue sur de la toile, en guise de sparadrap, se découpe en plaques proportionnées à l'étendue des surfaces à cautériser. Celles-ci seront, au préalable, dépouillées de leur épiderme.

L'auteur en conseille l'emploi pour détruire les tumeurs et les tissus, en observant toutefois que cet agent se rapproche par sa composition chimique des caustiques acides.

Arsenic.

Il ne sera question ici que de l'acide arsénieux sous la forme de « poudre de frère Come, » de « Dubois » et de « Rousselot. » L'auteur donne la formule de ces trois préparations dont la dernière lui semble mériter la préférence. Il l'a déjà dit, l'arsenic, différant en cela des autres caustiques, n'a d'action que sur les tissus vivants. Pourquoi cela? Il l'ignore; il entreprendra des recherches à ce sujet. En attendant, il croit avoir observé que son action sur le sang rend le sérum légèrement louche.

Passant ensuite à l'application de ce caustique, il indique les précautions à prendre pour assurer ses effets tout en prévenant les accidents toxiques; et pour mieux faire comprendre sa manière d'agir sur les tissus, il cite un passage du mémoire de M. Manec, *sur l'emploi de l'arsenic dans les affections cancéreuses.* Dans ce passage que nous résumons ici, M. Manec dit avoir constaté :

1° Que l'action de la pâte arsénicale s'étend bien au delà des parties en contact avec elles qu'elle pénètre jusqu'aux limites de la masse cancéreuse, qu'elle empoisonne et frappe en quelque sorte de mort, pour s'arrêter aux tissus sains ;

2° Que l'absorption de ce caustique n'est pas suivie de danger quand l'application ne dépasse pas la largeur d'une pièce de deux francs; que l'arsenic absorbé est éliminé par les urines dans l'espace de cinq à huit jours, et qu'en mettant un intervalle de dix jours entre deux applications, on évitera tout danger de ce côté.

Son action est fortement antihémorrhagique.

Messieurs, ces observations, si pleines d'intérêt d'ailleurs, ne sont pas nouvelles pour les lecteurs du Journal de la Société ; elles y ont été exposées dans un mémoire de M. le docteur Serré, d'Arras, ancien interne de M. le docteur Manec. (Voir les numéros de juillet et août 1846.) Il est vrai que les recherches ultérieures du professeur de la Salpêtrière viennent leur donner un degré d'importance de plus. Mais si l'opinion de ces auteurs est fondée, s'il est prouvé, comme ils l'avancent, que l'arsenic jouit d'une telle propriété et qu'il l'exerce jusque sur les racines qui irradient de la tumeur ; s'il est prouvé que les modifications produites par cet agent sur les tissus environnants, et consécutivement sur toute la constitution, puissent atténuer et anéantir le principe même du mal, notre auteur en tire une conséquence qui nous semble peu logique. En effet, après avoir accepté implicitement les idées de M. Manec, il conseille, en raison des propriétés toxiques de l'arsenic, et attendu que l'art possède des agents d'une énergie au moins égale et tout à fait inoffensifs, d'en restreindre l'emploi autant que possible. Il est évident que le mode d'action des caustiques est indépendant de leur degré d'énergie. L'agent auquel cet écrivain fait ici allusion est sans doute le chlorure de zinc; or, rien ne prouve que ce sel ait d'autres avantages sur l'instrument tranchant, que de modifier à sa manière la vitalité des tissus sur lesquels le cancer s'est développé. Canquoin prétend, à la vérité, avoir obtenu quatre-vingt-deux succès pour cent cas de cancer avec la pâte de chlorure de zinc; mais en consultant les observations publiées par cet auteur, on reste convaincu que les faits sur lesquels il s'est fondé ne sont pas de nature à justifier cette prétention.

Argent (Nitrate d').

Après avoir donné le mode de préparation du nitrate d'argent, l'auteur expose la manière d'agir de ce sel sur les muqueuses, les plaies et la peau dépourvue d'épiderme, où il forme, dit-il, des chlorures insolubles et inertes, sans action sur l'organisme. Il rappelle les caractères de l'escharre et de la douleur, en observant que ce sel participant, par sa composition, des caustiques acides et métalliques, ne possède qu'une action antihémorrhagique peu marquée ; que la réaction locale est faible, la chute de l'escharre tardive, mais bientôt suivie de la cicatrisation. Enfin, il détermine les conditions qui réclament son emploi, soit à titre de caustique et de neutralisant, soit à titre de simple modificateur.

Caustiques auriques.

Agent d'une grande énergie et participant, comme le précédent, de l'action des acides et des sels métalliques, l'auteur rappelle en peu de mots les effets du chlorure d'or sur la peau, les tissus sous-jacents et sur le sang, dont le coagulum mou lui semble plutôt le résultat de l'altération de ses principes albumineux que d'une combinaison saline. Cet agent ne détermine qu'une faible réaction ; la chute de l'escharre est lente, mais la cicatrisation la suit de près. Après cet exposé, l'auteur entre dans quelques considérations sur la manière dont ce sel se combine avec les matières organiques; il en conclut que le chlorure d'or subit une réduction et que le chlore dégagé porte son action plus profondément. Cette théorie, d'accord avec l'observation, explique l'innocuité de l'absorption.

Comme le nitrate d'argent, il s'emploie à l'état solide ou de solution concentrée. On en a fait de nombreuses applications ; mais l'auteur conseille de le réserver au traitement des affections spécifiques situées superficiellement, tels que scrofules, syphilis tertiaire, quelques affections cutanées et particulièrement les tumeurs cancroïdes. Toutefois, il fait remarquer que sa composition chimique le rend impropre à la cautérisation des tissus gorgés de sang.

Caustiques cupriques.

Ils sont au nombre de deux : l'acétate et le sulfate de cuivre ; le premier inusité, le second introduit par Payan sous forme de pâte, dont notre auteur dit n'avoir jamais fait usage sur le vivant.

Caustiques mercuriques.

Au nombre de deux aussi : le bichlorure et le nitrate acide de mercure. Le premier, dont l'auteur donne la préparation et les propriétés physiques, s'emploie à l'état solide sous forme de trochisques avec ou sans addition de minium, en dissolution concentrée dans l'eau ou l'alcool, et sous forme de pâte composée de 1 p. sublimé, 3 p. farine, eau q. s. Sans action sur la peau revêtue de son épiderme, il donne lieu, sur le derme dénudé et sur les tissus sous-jacents, à une escharre bien circonscrite, ferme, imputrescible, d'une profondeur proportionnée à la durée de l'application. Il coagule le sang en masse, produisant une douleur intense et une vive réaction inflammatoire. L'escharre tombe vers le septième jour, laissant à nu une plaie rouge d'une prompte cicatrisation. Il forme avec l'albumine un sel très-soluble, l'albuminate de mercure, dont les effets toxiques sont d'autant plus à redouter que le caustique agit sur une plus large surface.

A l'état liquide, on le recommande dans la cautérisation des plaies de mauvaise nature, et spécialement de nature syphilitique, des végétations vénériennes, et dans le but de faire avorter les bubons.

L'usage des trochisques est assez connu. La pâte est réservée aux cautérisations profondes et pour détruire des tumeurs vasculaires. Dans les ulcères et les lésions cutanées dépendantes de la syphilis, on lui préfère, comme moins dangereux, le composé suivant.

Nitrate acide de mercure.

Ce caustique contient 71 p. c. de deutochlorure en dissolution ; il est plus énergique que le nitrate d'argent. Sa composition chimique le rapproche également des acides. Son action antihémorrhagique est peu marquée ; il transforme le sang en bouillie épaisse plutôt qu'en coagulum. Il est, en outre, doué de propriétés spécifiques. Il n'entame la peau que dépourvue d'épiderme, donnant naissance à une escharre ferme, limitée, mais assez molle. La douleur qui en résulte est assez forte, la réaction vive ; la chute de l'escharre s'effectue vers le dix-huitième jour, sans presque fournir de pus. La plaie, de teinte vermeille, se cicatrise promptement.

Son action est plus profonde que celle du nitrate d'argent, car sa décomposition est moins complète. Comme le bi-chlorure, il forme un albuminate soluble dont l'absorption produit quelquefois le ptyalisme. De là son usage spécialement réservé aux constitutions contaminées par le principe syphilitique. La manière d'employer ce caustique et les indications principales de son emploi en chirurgie, terminent ce paragraphe.

Vient ensuite un parallèle entre le nitrate d'argent, le chlorure d'or et le nitrate acide de mercure, qui, par leur liquidité, leur énergie et leur mode d'application, ont entre eux une certaine analogie.

Participant tous trois de la nature des acides, ces caustiques sont peu plastiques et peuvent donner lieu à des hémorrhagies. Les deux derniers, plus énergiques que le sel d'argent, ne s'appliquent guère qu'à l'état liquide et pour pratiquer des cautérisations superficielles, pourvu que les tissus sur lesquels on opère ne soient pas gorgés de sang. Le chlorure d'or et le nitrate d'argent, n'exposant à aucun accident consécutif, devront être préférés pour la cautérisation de larges surfaces. Dans les ulcères syphilitiques, au contraire, et surtout lorsque leur base est engorgée, comme dans l'ulcération avec engorgement du col utérin, le nitrate acide de mercure reprend l'avantage. Les affections scrofuleuses, les affections cutanées, telles que lupus, cancroïdes..., les accidents tertiaires, réclament de préférence l'emploi du chlorure d'or ; toutefois, dans les petites ulcérations ou plaies sanguinolentes et fongueuses, il vaut mieux employer le nitrate acide de mercure, à cause de ses propriétés plastiques.

Permettez-nous, Messieurs, de vous exprimer en peu de mots notre opinion sur le mode d'action que l'auteur prête, dans les paragraphes précédents, aux caustiques spécifiques. Selon cet écrivain, d'accord en cela, pensons-nous, avec le plus grand nombre de praticiens, ces agents ne doivent les avantages qu'on en retire dans le traitement de certaines formes de la syphilis, qu'à ces propriétés, indépendamment de la modification locale qu'ils impriment aux tissus. Mais cela ne peut être vrai, ce nous semble, que pour autant que le traitement général soit resté incomplet et que le principe du mal ne soit pas tout à fait éteint ; car nous concevons alors que l'absorption locale puisse contribuer pour sa part au traitement général. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les effets de

l'infection générale survivent à l'anéantissement du principe morbide et que leur persistance ne dépend plus que de l'altération toute locale des tissus, dans ce cas, disons-nous, ces agents n'ont plus rien à faire à titre de spécifiques, et leurs effets dépendent uniquement de leur action locale.

Si cette manière de voir est fondée, elle doit rendre les praticiens plus sobres dans l'emploi des caustiques mercuriels, qui ne sont pas toujours exempts d'inconvénients, dans les cas mêmes où leur action est le mieux indiquée.

Caustiques stanniques.

Le chlorure d'étain, seul composé stannique dont l'auteur fasse ici mention, se rapproche, dit-il, par son action, du chlorure d'antimoine, auquel il est d'ailleurs de beaucoup inférieur.

Caustiques zinciques.

Sel déliquescent à l'air, le chlorure de zinc est appelé pour cette raison *beurre de zinc;* l'auteur en décrit les propriétés chimiques et physiques et son mode de préparation. Employé depuis longtemps à l'état liquide, comme escharrotique, son action, sous cette forme, comme celle de la plupart des caustiques liquides, est peu énergique. Canquoin en a composé une pâte qui porte son nom, d'une application commode et jouissant d'une grande activité. C'est sous cette forme seulement que notre auteur étudie les propriétés du chlorure de zinc. Canquoin en donne trois formules :

N° 1. Chlorure, 1 p., farine, 2 p.
N° 2. Chlorure, 1 p., farine, 3 p.
N° 3. Chlorure, 1 p., farine, 4 p.

M. Bonnet emploie parties égales de chlorure et de farine de seigle ; et pour rendre le mélange plus visqueux et plus ductile, il a substitué l'alcool à l'eau. Étendu sur de la toile à l'aide d'un rouleau, il forme un sparadrap caustique qui se découpe en plaques, selon la forme et l'étendue des surfaces à cautériser.

Sans action sur la peau couverte de son épiderme, ce caustique donne lieu, sur le derme dénudé et les tissus sous-jacents, à une escharre ferme, grisâtre, bien circonscrite dans les limites de l'application, et d'une grande épaisseur. Celle-ci peut être calculée avec une précision en quelque sorte mathématique. Une solution concentrée de ce sel, versée sur du sang ou de la sérosité, en coagule promptement l'albumine en une masse homogène qui acquiert et conserve longtemps une grande consistance.

Cette particularité de n'agir que sur les points dénudés en circonscrit l'action dans les limites voulues. Une application de 24 heures donne lieu à une escharre de huit millimètres d'épaisseur. Son action est plus rapide encore sur les tissus gorgés de sang. Il produit une violente douleur qui se prolonge au delà de l'application. La réaction qu'il produit est prompte et très-vive, bornée au pourtour de la mortification, qui commence à se détacher le quatrième jour, pour tomber vers le dixième. Les bords de la plaie semblent formés par un emporte-pièce ; sa surface est vermeille et sa cicatrisation rapide. Aucune hémorrhagie n'est à craindre. Un léger mouvement fébrile accompagne ordinairement la cautérisation.

Son absorption, tout à fait inoffensive, peut cependant déterminer quelques coliques passagères, analogues à celles du plomb, mais bien moins fortes (Orfila). C'est, dit l'auteur, le meilleur des caustiques métalliques ; pénétrant par imbibition, il va coaguler le sang jusque dans les vaisseaux.

Il en conclut que le chlorure de zinc est indiqué :

1° Pour obtenir une cautérisation profonde et limitée, son action pouvant se calculer avec précision ;

2° Pour détruire les tumeurs vasculaires ;

3° Dans les cas qui nécessitent des escharres sèches, imputrescibles et une prompte cicatrisation ;

4° Quand il y a lieu de craindre une hémorrhagie ;

5° Pour cautériser en desséchant les tissus.

Dans ces conditions, le chlorure de zinc est effectivement, comme le dit l'auteur, le meilleur des caustiques métalliques ; mais cette proposition, énoncée d'une manière absolue, comme il vient de le faire, n'est plus aussi exacte ; car il y a certaines affections, les affections cancéreuses et syphilitiques, par exemple, où il doit céder le pas à des agents jouissant de propriétés spéciales.

Ici, Messieurs, se termine la première partie de ce travail, d'ailleurs fort volumineux. Elle est traitée avec un talent et une supériorité de vues incontestables. Le tableau indiquant la manière d'agir des caustiques sur le cadavre, ouvre, comme nous l'avons vu, une voie nouvelle d'expérimentation au praticien ; il ne sera plus réduit désormais aux essais sur l'homme vivant pour étudier l'action des caustiques nouveaux.

La division des caustiques en *alcalins,*

acides et métalliques, n'est pas seulement fondée sur la différence de composition de ces corps; elle l'est encore sur la différence d'action que chaque série exerce primitivement sur les tissus et consécutivement sur le reste de l'économie. Ainsi action dissolvante sur les tissus et sur le sang, tendance aux hémorrhagies, escharres molles, facilement putrescibles, réaction locale faible, chute tardive de la mortification, accompagnée d'une abondante suppuration, plaie blafarde se cicatrisant avec lenteur, tels sont les effets locaux et immédiats des caustiques alcalins. Quant aux effets généraux consécutifs à l'absorption de ces agents, ils sont nuls; les acides qu'ils rencontrent dans les tissus neutralisent leur action en donnant naissance à des sels qui ont leurs analogues dans l'organisme et sont partant tout à fait inoffensifs.

La conséquence que l'auteur tire de ces faits est d'accord avec la pratique généralement admise; selon lui, les caustiques alcalins sont plus particulièrement indiqués pour établir des fonticules et pratiquer des ouvertures destinées à donner issue à des liquides pendant un certain temps.

Dans la deuxième classe, classe intermédiaire, les caractères génériques des caustiques sont moins tranchés; leur action primitivement coagulante devient bientôt dissolvante; elle prédispose moins aux hémorrhagies; la douleur est plus vive, la réaction plus prononcée; l'escharre, mal circonscrite, est moins pulpeuse, moins putrescible; le travail d'élimination et de cicatrisation surtout, est en général plus actif. Leur absorption ne donne lieu non plus à aucun phénomène toxique, neutralisés qu'ils sont par l'action des alcalis qui les transforment en sels existant primitivement dans nos liquides. De cette façon d'agir, participant de l'action des alcalis et des sels métalliques, mais inférieurs à ces caustiques dans les circonstances qui en réclament l'emploi, l'auteur conclut, non moins logiquement, qu'à part certains cas déterminés, il faut donner la préférence à l'un ou à l'autre de ces derniers, qui possèdent des propriétés plus tranchées.

Les caustiques de la troisième classe jouissent d'une action plus profonde et antihémorrhagique; l'escharre est plus épaisse, plus consistante, mieux circonscrite et imputrescible; la douleur est plus intense, la réaction vive, la chute de l'escharre prompte, la plaie vermeille et la cicatrisation se fait moins attendre. Ceux qui sont susceptibles de résorption, qu'ils forment ou non avec les éléments du sang, et surtout avec l'albumine, des composés sans analogues dans les tissus, exercent sur l'organisme une action spéciale plus ou moins manifeste et quelquefois toxique. Ils sont éliminés par les voies d'excrétion. De là l'indication des caustiques métalliques : 1° dans les cas que nous venons d'énumérer à propos du chlorure de zinc; 2° dans certaines affections de nature particulière ou spécifique; 3° comme moyens révulsifs puissants.

Il nous semble, Messieurs, que cette division remplit toutes les conditions désirables dans l'état actuel de la science: les caractères du genre y sont distincts, bien tranchés; les phénomènes physiologiques parfaitement exposés; les indications thérapeutiques rigoureusement déduites, en un mot, cette classification favorise et simplifie considérablement l'étude des agents caustiques et de leur application à la pathologie. La partie chimique est d'ailleurs, comme vous l'avez compris, parfaitement à la hauteur des connaissances actuelles; le rôle des caustiques sur les tissus, leurs combinaisons avec les éléments de nos liquides, et enfin leur action consécutive sur l'organisme, y sont traités avec un talent réel.

Mais si nous suivons l'auteur dans l'étude des caustiques en particulier, l'on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il ne donne pas à chacun le degré d'attention qu'on leur accorde d'ordinaire dans la pratique. Nous nous bornons à constater ce fait qui résulte évidemment de la supériorité, peut-être un peu trop absolue, que l'école de Lyon accorde au chlorure de zinc. Or, il eût été bien difficile, dans le court délai d'un concours, de se livrer à de nouvelles recherches à ce sujet, d'autant plus qu'elles n'eussent été justifiées, la plupart du temps, que par un intérêt purement scientifique.

D'un autre côté, vous avez dû remarquer que la règle établie par M. Ferrand, à l'égard des caustiques métalliques possédant un excès d'acidité, n'est pas toujours d'une application bien rigoureuse. Ainsi le chlorure d'antimoine qui, d'après ce principe, devrait agir sur l'épiderme, ne l'entame point; ainsi, le même caustique qui, en raison de sa composition, devrait liquéfier le sang et prédisposer aux hémorrhagies, n'en exerce pas moins une action plastique bien marquée.

Tant il y a de danger à vouloir trop généraliser!

DEUXIÈME PARTIE.

Cette partie traite exclusivement de l'application des caustiques ou plutôt du

chlorure de zinc, car il ne s'agira que de celui-là, au traitement des maladies.

L'auteur rappelle d'abord les raisons qui ont déterminé M. le professeur Bonnet à appliquer la pâte de Canquoin à la cure des anévrismes, des varices, du varicocèle, des tumeurs érectiles, des goîtres de la thyroïde, de l'épiplocèle, questions qu'il traitera avec détail dans le cours du Mémoire; il arrive ensuite à la relation d'un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière gauche, traité et guéri à l'aide du chlorure de zinc.

Deux motifs graves, dit-il, eussent pu faire hésiter le chirurgien de Lyon : le voisinage de nerfs importants et la crainte de voir l'hémorrhagie succéder à la chute des escarrhes; mais, d'un côté, la lésion profonde du plexus brachial, qui avait déterminé la paralysie complète des muscles soumis à son action, prouvait l'inutilité de le ménager; de l'autre côté, la possibilité de prévenir à volonté la chute de l'escharre par de nouvelles applications, le rassurait au sujet de l'hémorrhagie. Un fait récent d'anévrisme par anastomose, d'un volume considérable, occupant le sommet de la tête, contre lequel la ligature des carotides primitives paraissait être la dernière ressource, venait à l'appui de cette manière de voir; la guérison en avait été obtenue par la pâte de chlorure de zinc, et l'on avait pu détacher, sans trace d'hémorrhagie, des tronçons d'artères nourricières d'un volume égal à celui de la radiale.

L'opération fut donc arrêtée.

Dans la séance de l'Académie de médecine de Paris, du 20 juin dernier, M. Lallemand communiquait une lettre de M. Bonnet, dans laquelle ce chirurgien lui annonçait la guérison de l'opéré. Si nous rappelons ce fait, c'est que les considérations qui précèdent l'observation dont il va être question, sont extraites textuellement de cette lettre.

Celui qui en fait le sujet est un jeune et vigoureux campagnard de 25 ans, qui avait reçu, dans une rixe, un coup de poignard dont la lame avait pénétré profondément derrière la clavicule gauche. L'artère sous-clavière avait été lésée; une hémorrhagie considérable s'en était suivie, que la compression et la suture de la plaie n'avaient pu maîtriser. Elle se reproduisait à de courts intervalles et la mort paraissait imminente quand le malade fut transporté à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans un état d'extrême faiblesse. C'était le 8 janvier 1853. Une tumeur d'un volume de deux poings occupait la base du triangle sus-claviculaire, s'étendant du tiers interne de la clavicule au bord externe du trapèze. Une plaie de 24 millimètres sur 9, recouverte d'un caillot desséché, en occupait le centre. La tumeur était le siége de battements isochrones au pouls, et l'on percevait, dans une partie de sa surface, un bruit de souffle bien marqué. Une vive douleur s'y faisait sentir. Toute trace de mouvement et de sentiment avait disparu dans le bras de ce côté, qui ne répondait plus à l'action de l'appareil volto-faradique. La main, œdématiée, était cependant le siége d'une forte douleur. Absence complète du pouls dans les artères axillaire, radiale et cubitale.

Quel parti prendre? L'inutilité de la compression était évidente; celle de la galvano-puncture ne l'était pas moins, vu l'impossibilité de comprimer entre l'anévrisme et le cœur. Par la même raison la méthode de Pravaz, inconnue encore à cette époque, eût nécessairement échoué. Restait donc la ligature en dedans ou entre les scalènes; mais dans les circonstances présentes cette opération était entourée de tant de difficultés et de dangers, surtout dans le voisinage de la veine sous-clavière et du canal thoracique, qu'il eût été téméraire de l'entreprendre. Ces considérations décidèrent M. Bonnet à tenter l'opération à l'aide de la pâte de Canquoin. Elle fut commencée le 6 janvier (quatorzième jour après l'accident), par la plaie elle-même, qui, le lendemain, était transformée en escharre sèche. Dès ce moment, l'hémorrhagie disparut. L'application du caustique fut renouvelée chaque jour jusqu'au 20. L'escharre avait alors huit centimètres de diamètre, les battements et le bruit de souffle avaient cessé; mais le gonflement inflammatoire était considérable. Plus tard, du 25 au 31, nouvelles hémorrhagies bientôt réprimées par des pansements, répétés matin et soir, avec la pâte caustique, sans toucher à l'escharre. Le 8 février, on commence à enlever celle-ci, puis les couches de sang coagulé dans le sac, et peu à peu la poche anévrismale fut mise à nu. Mais la suppuration produite par cette vaste surface donna bientôt lieu à des symptômes de résorption, auxquels on remédia par l'usage du vin de quinquina. Enfin, la mortification se détacha spontanément le 1er mars, laissant à découvert une plaie énorme et de bonne nature, qui alla diminuant de jour en jour. Le 21 avril, elle était presque cicatrisée et l'opéré quittait l'hôpital bien portant, ne conservant que la paralysie du bras.

La relation de ce fait, dont nous ne vous donnons, Messieurs, qu'une idée incomplète, nous dispense de tout com-

mentaire; c'est, en effet, un des exemples les plus frappants de la puissance de la chirurgie. Et cependant ce n'est pas le fait en lui-même que nous admirons le plus; car enfin l'opération, par elle-même, était assez simple; mais ce qui nous étonne surtout, c'est la pensée qui l'a produit, c'est cette assurance née d'une observation profonde, qui détermina le chirurgien à tenter une opération sans précédents, et lui en fit calculer toutes les chances avec tant de justesse et de bonheur.

Traitement du goître par la cautérisation.

Les développements du corps thyroïde qui gênent la respiration ont encore été, pour le professeur Bonnet, le sujet d'intéressantes recherches. L'auteur rapporte ici les procédés mis en usage par ce chirurgien pour obtenir le déplacement ou la destruction de ces tumeurs. Mais un grand nombre de méthodes ont été imaginées contre ce genre d'affection; M. Bonnet les classe sous quatre chefs :

1° Méthode par résolution;

2° Par éloignement des causes qui compriment la thyroïde et la refoulent contre la trachée;

3° Par déplacement de la tumeur;

4° Par la destruction partielle ou intégrale du goître.

La première de ces méthodes n'est applicable qu'aux goîtres simples; ce sont les résolutifs de toute espèce.

La seconde consiste dans la section en travers des muscles sterno-mastoïdiens, imaginée par M. Bonnet; mais ce moyen n'a pas répondu à son attente.

Le but de la troisième est de dégager la tumeur de derrière le sternum ou les clavicules, de la déplacer, de la fixer dans une position où elle ne gêne pas. Cette fixation peut s'effectuer à l'aide des doigts ou d'un appareil qui les remplace. M. Bonnet l'a tentée plus d'une fois avec succès; mais des circonstances particulières peuvent rendre cette méthode insuffisante. Dans ce cas il conseille, après avoir déplacé la tumeur, de la fixer dans cette position avec de fortes épingles dirigées de bas en haut et d'avant en arrière à travers la glande, et de l'y maintenir au moyen d'une cautérisation profonde, pénétrant jusque dans son tissu. Les épingles ne sont retirées qu'après la formation des adhérences.

M. Bonnet a publié, dans la *Gazette médicale de Lyon,* deux observations à l'appui de cette méthode.

La quatrième, qui se rapporte plus particulièrement à notre sujet, ne s'applique qu'aux kystes thyroïdes.

Après avoir discuté la valeur 1° de la ponction simple, 2° de la ponction sous-cutanée avec aspiration, 3° de la ponction suivie d'injections iodées, 4° du séton, 5° de l'incision et de l'excision des kystes, 6° de leur extirpation, l'auteur démontre, par le raisonnement et l'observation, l'inutilité, l'insuffisance et le danger de ces moyens, bien que quelques-uns soient recommandés par des hommes d'un grand mérite. Il arrive enfin à la cautérisation, méthode ancienne et délaissée, reprise par le professeur Bonnet, qui lui est redevable de très-beaux succès. Ce résultat, poursuit-il, ne dépend pas seulement de l'habileté personnelle de l'opérateur; il dépend encore et particulièrement de la supériorité de l'agent caustique inconnu des anciens.

L'auteur décrit ensuite les trois procédés opératoires imaginés par M. Bonnet.

Dans le premier, ce chirurgien cautérise un point limité du kyste, comme s'il s'agissait d'établir un exutoire; mais, dans cette méthode, le kyste ne se vide qu'incomplétement; les liquides restants se vicient promptement par l'action de l'air; les parois de la poche, d'un tissu fibreux, parfois même cartilagineux et osseux, contractent difficilement une inflammation adhésive.

Pour parer à ces inconvénients, M. Bonnet conseille de traverser la poche de part en part à l'aide d'une mèche enduite de pâte caustique; mais le procédé ainsi modifié est encore défectueux; le liquide qui s'écoule du kyste délaie le caustique et affaiblit son action; l'élimination des escharres est difficile et lente, et il en résulte souvent des fistules.

Dans le second procédé, une cautérisation linéaire ouvre le kyste dans toute sa longueur et procure une large issue aux liquides. L'action opérée sur le sac est plus énergique et plus propre à en modifier la vitalité. L'ouverture permet d'ailleurs d'y introduire des agents modificateurs ou antiseptiques; mais l'observation démontre que ces plaies ont toujours de la tendance à revenir sur elles-mêmes, et que l'ouverture du kyste a toujours moins d'étendue que celle des téguments; c'est pourquoi l'opérateur a modifié sa méthode de la manière suivante :

Un séton caustique est passé longitudinalement à travers la poche pour en cautériser la surface antérieure et interne, après quoi, les extrémités libres de ce séton sont ramenées dans la même direction au-devant de la tumeur préalablement dépouillée de son épiderme, de manière à l'entamer de dehors en dedans. Si les parois sont épaisses, la cautérisation

sera répétée jusqu'à ce que la destruction soit complète. C'est là le procédé que préfère M. Bonnet; les deux opérations relatées dans le Mémoire présentent en effet des résultats remarquables tant au point de vue de la cure que de la cicatrice.

Dans les cas exceptionnels, tels que volume anormal de la tumeur, symptômes de résorption purulente, déterminés par d'autres méthodes, M. Bonnet associe à ce procédé la cautérisation de toute la surface de la poche. Cette opération hardie, pratiquée plusieurs fois avec un succès complet fut, dans un seul cas, suivi d'hémorrhagie au moment où l'opéré touchait à la guérison. Des circonstances particulières, dit l'auteur, ne permirent pas de la combattre par les moyens qu'elle réclamait, et la mort arriva le dixième jour après l'accident.

L'autopsie démontra que l'hémorrhagie provenait de la thyroïdienne supérieure.

A part ce fait malheureux qui n'est que mentionné ici, l'auteur rapporte avec détail dix cas dans lesquels la destruction des kystes fut suivie des résultats les plus satisfaisants. En effet, indépendamment de la faiblesse et de l'anémie inséparables d'une opération douloureuse et d'une abondante suppuration, aucun accident sérieux n'est venu entraver la guérison. Dans ces six opérations, pratiquées sur des tissus si éminemment vasculaires et qui ont donné lieu à des plaies pour la plupart très-étendues et très-profondes, nous n'avons constaté qu'une légère hémorrhagie immédiatement réprimée par la compression. Des soins mieux entendus eussent peut-être mis fin à celle qui a entraîné la perte du sujet; le succès obtenu dans des circonstances analogues et non moins graves, que nous avons mentionné, rend au moins cette supposition vraisemblable.

Quelle autre méthode eût donné de pareils résultats! Aucune assurément. Telle est aussi l'opinion de notre collègue, le professeur Seutin, qui recommande « de ne pas y toucher, à moins cependant que des symptômes de congestion cérébrale ou de suffocation n'y obligent, » et qui, après avoir rapporté une opération qu'il a pratiquée avec succès dans ces mêmes conditions, ajoute : « L'histoire de cette malade démontre combien il faut être avare de semblables opérations; car c'est par miracle, en quelque sorte, que la malade n'a pas succombé. Je croyais lui prolonger la vie, et, pour atteindre ce but, je l'exposais vingt fois à la mort. Aujourd'hui je n'entreprendrais plus une opération aussi dangereuse (1). »

(1) *Mémoires et observations sur les kystes du cou;* par le docteur Seutin, *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, année 1852-53, tome XII.

Du traitement des varices et des ulcères variqueux par la cautérisation.

Les anciens employaient le fer rouge contre ces affections; Ambroise Paré, Guilmot, Dionis, parlent de l'emploi de la potasse caustique; M. Gensoul remit ce moyen en usage en 1830. Plus tard, Bérard lui substitua le caustique de Vienne, que M. Bonnet remplaça définitivement par la pâte de Canquoin, pratique qui fut bientôt adoptée par un grand nombre de chirurgiens.

Après ce court historique, l'auteur pose en principe que les modifications survenues dans les veines variqueuses, telles que l'allongement, l'épaississement des parois et l'insuffisance des valvules, rendent illusoire toute méthode curative qui n'est pas fondée sur l'oblitération du vaisseau; il ajoute que la circulation, interceptée dans les veines superficielles, s'accomplit par les veines profondes à l'aide des anastomoses, de manière à prévenir la stase sanguine. Pour arriver à ce résultat, l'oblitération des veines variqueuses, les auteurs proposent l'excision, l'incision, la ligature et la ligature sous-cutanée. De ces méthodes, les trois premières ont été abandonnées en raison des dangers qui peuvent en résulter. La dernière, infiniment moins dangereuse, compte encore de nombreux partisans; cependant elle donne parfois lieu à la phlébite aussi bien que l'introduction des épingles employée d'après le même principe. L'expérience prouve d'ailleurs que la circulation se rétablit après la résorption du caillot déterminé par la ligature, et que le mal ne tarde pas à se reproduire. La cautérisation, poursuit l'auteur, n'offre pas ces inconvénients, et pour prouver la supériorité du chlorure de zinc dans ce cas, l'auteur établit le parallèle suivant entre le fer rouge, la potasse caustique, la pâte de Vienne et le chlorure de zinc.

Le cautère actuel, fort en vogue dans l'antiquité et entièrement délaissé de nos jours, n'a jamais été employé à l'Hôtel-Dieu de Lyon; toutefois il serait à désirer que l'on revînt à cette méthode, ne fût-ce que pour en apprécier le résultat, maintenant surtout qu'à l'aide des anesthésiques, on peut l'appliquer sans effrayer les patients.

Potasse caustique. — L'auteur rapporte que M. Gensoul, témoin de la guérison fortuite d'ulcères variqueux par l'application de la potasse, dans le but d'établir un exutoire, fut ainsi conduit à la méthode de traitement qu'il adopta depuis; il rap-

pelle le procédé opératoire de ce chirurgien, les essais tentés plus tard par M. Bonnet, l'extension que celui-ci donna à cette méthode; les règles qu'il posa à ce sujet, les avantages qu'il en retira et les inconvénients qui y sont attachés. Parmi les avantages, il signale la facilité du procédé opératoire, l'oblitération complète de la veine sans aucune crainte de phlébite, la promptitude de la guérison; parmi les inconvénients, la dissolution du sang disposant aux hémorrhagies, la mollesse, la putrescibilité des escharres, d'ailleurs mal circonscrites, et se détachant tardivement, la lenteur des plaies à se cicatriser et l'impossibilité de s'assurer par la présence du tronçon de la veine dans la mortification, de la solidité de la guérison.

Caustique de Vienne. — Ces inconvénients, poursuit l'auteur, ont décidé M. Bérard à substituer à la potasse la pâte de Vienne qu'il applique directement sur la peau. M. Laugier l'applique sur la veine elle-même, après avoir divisé les téguments. Dans le procédé du premier, une couche de pâte de 3 à 5 centimètres de long sur 5 à 10 millimètres de large, est appliquée sur le trajet de la veine et maintenue pendant environ vingt minutes, afin d'arriver jusqu'aux vaisseaux et de le comprendre dans l'escharre. On applique ensuite quelques tours de bande pour le cas seulement où il y aurait hémorrhagie. S'il survient une hémorrhagie à la chute de l'escharre, la position horizontale et la compression en ont bientôt fait justice. Dans le cas où les choses se passent sans accident, l'opéré est renvoyé quatre ou cinq jours après.

Mais à côté de ces avantages, la pâte de Vienne présente les inconvénients communs aux caustiques alcalins; d'un autre côté, la dissolution du sang et des tissus ne permet pas non plus de retrouver dans la mortification le calibre du vaisseau, signe caractéristique d'un traitement complet. D'ailleurs une application de vingt minutes n'est pas suffisante, suivant l'auteur, pour atteindre et diviser la veine; pour cela, il croit qu'une seconde application sur l'escharre, préalablement divisée, serait nécessaire.

D'après l'opinion de M. Bonnet, le procédé de M. Laugier ne peut être utile que dans les varices des cuisses chez les individus gras; encore faudrait-il employer un agent plus actif, tel que le chlorure de zinc; le caustique de Vienne ne lui semble pas en effet assez énergique pour conjurer la phlébite qui peut résulter de l'action de l'instrument tranchant. La pratique de M. Laugier doit d'ailleurs le lui avoir appris.

Le *chlorure de zinc* remplit toutes les indications d'une manière satisfaisante; avec lui point d'hémorrhagies à craindre; l'escharre qu'il produit est nette, circonscrite, profonde et imputrescible; son action peut être calculée en quelque sorte mathématiquement, et lorsqu'il a envahi la veine, on en retrouve le tronçon dans l'escharre. La chute de la mortification est bientôt suivie de la cicatrice; jamais il ne produit d'accidents consécutifs. Avant l'application de ce caustique, M. Bonnet enlève l'épiderme avec la pâte de Vienne; il place ensuite au centre de l'escharre un morceau de sparadrap de Canquoin d'un centimètre sur cinq millimètres, qu'il laisse à demeure pendant 24 heures. Jamais, selon l'auteur, l'inflammation ne dépasse les limites d'un travail éliminatoire. Le malade est tenu au lit pendant toute la durée de la cure.

Faut-il oblitérer les veines dans un seul ou dans plusieurs points? Telle est la question que l'auteur se pose et qu'il résout dans le sens de l'opinion de M. Bonnet, partisan de la cautérisation multiple. Il s'appuie sur de nombreux exemples de récidives et même d'aggravation du mal, survenues après l'oblitération fortuite ou intentionnée du vaisseau dans un seul point de son trajet. Les nombreuses recherches de M. Bonnet lui ont démontré que le coagulum et le rétrécissement de la veine n'existent que dans le voisinage de l'oblitération; que les divisions éloignées de ce point restent perméables et se gonflent par la marche. Il en tire la conséquence, que le caustique doit être appliqué sur plusieurs points du vaisseau, éloignés chacun de 4 ou 5 pouces, et surtout près de la réunion, voire même sur le trajet des principales divisions. Voici d'ailleurs les règles qu'il indique à cet égard.

1° Éviter de cautériser sur le pied et sur la moitié inférieure de la jambe, points où les veines sont dans le voisinage des os et où la cicatrisation s'obtient difficilement.

2° Les lieux d'élection sont : la partie supérieure de la jambe, la partie inférieure de la cuisse et, si une troisième cautérisation est nécessaire, les parties moyennes de la cuisse et de la jambe.

L'auteur suppose que, dans tous ces cas, la saphène interne est seule affectée.

L'innocuité de cette méthode est établie par des centaines de faits; jamais elle n'a donné lieu à aucun symptôme de phlébite, de résorption purulente, ni à aucun autre accident. Il n'en est pas ainsi, dit l'auteur, avec la potasse ou le caustique de Vienne. Cela dépend-il de l'action fortement coagulante du chlorure de zinc, qui oblitère complétement le vaisseau et prévient par

ce moyen la résorption, et les phlébites suppuratives? L'expérience suivante semblerait favorable à cette manière de voir : Si l'on entame, à l'aide de ce caustique, un point de la circonférence variqueuse, il ne survient point d'hémorrhagie; le coagulum bouche hermétiquement le vaisseau et s'oppose au cours du sang. Si l'on se sert de la potasse ou de la pâte de Vienne, l'hémorrhagie survient souvent, car au lieu de coaguler le sang, ces caustiques le dissolvent.

Mais ce traitement produit-il des guérisons radicales et définitives? L'auteur répond à cette autre question que tous les faits recueillis par M. Bonnet et par d'autres chirurgiens confirment cette manière de voir; mais que l'on peut cependant concevoir, *a priori*, la possibilité d'une récidive. Il examine ensuite les modifications survenues dans les veines par suite de la cautérisation. Sans rejeter l'opinion de quelques anatomistes qui font partir la coagulation du sang des radicules veineuses, il établit que le plus souvent elle ne peut être constatée qu'au voisinage des points oblitérés, ce qui explique le retour de la circulation dans la partie inférieure du vaisseau et la possibilité des récidives. Mais comment se fait cette oblitération? L'auteur admet, avec M. Andral, que les veines s'oblitèrent, 1° par infiltration, à travers les parois de ces vaisseaux, de la sérosité qui les entoure; 2° par sécrétion de matière organisable due au travail inflammatoire; 3° par coagulation du sang. Quant au fait de l'inflammation adhésive des veines, il rappelle les opinions contradictoires de Bichat, Dupuytren, Hunter qui l'admettent, et de Travers qui la nie, déclarant que, pour lui, il la considère au moins comme très-rare. La grande propension des veines, et surtout des veines variqueuses, à l'inflammation suppurative, lui paraît plutôt contraire que favorable à l'adhésion, attendu que ce travail dépasse toujours les limites de l'inflammation adhésive.

Quel que soit d'ailleurs le mode d'oblitération, il s'opère toujours, poursuit-il, par le retrait du vaisseau à mesure que l'absorption diminue le caillot. Les parois, revenant sur elles-mêmes, finissent par se trouver en contact et ne plus former qu'un cordon dans lequel on ne retrouve pas toujours les traces de la cavité.

La cautérisation lui semble indiquée dans les conditions suivantes : 1° dans le cas où les veines s'ulcèrent et donnent lieu à des hémorrhagies, ce qu'il faut bien distinguer des ulcères variqueux simples bien plus communs; 2° quand le traitement de ces derniers exige un temps suffisant pour en obtenir la guérison par les caustiques; 3° quand les veines ne diminuent pas par l'emploi d'un bas élastique et qu'elles empêchent la marche et le travail.

Elle est contre-indiquée : 1° quand le mal est prophylactique d'une affection plus grave; 2° chez les sujets trop vieux; 3° si la maladie est trop ancienne; 4° quand les deux saphènes sont affectées à la fois.

L'avantage de l'emploi des caustiques dans le traitement des varices n'est plus guères contesté par personne, Messieurs; mais les recherches et les travaux de M. Bonnet ont encore rehaussé la supériorité de cette méthode. L'auteur a d'ailleurs traité cette question de manière à ne plus laisser subsister aucun doute à cet égard. Nous nous abstiendrons de rien ajouter à ce qu'il a dit; mais qu'on n'oublie pas qu'il ne traite dans cet article que de l'affection de la saphène interne.

Traitement des hémorrhoïdes par les caustiques.

L'auteur, pressé par le temps, ne fait que mentionner le traitement des hémorrhoïdes par le chlorure de zinc, en faisant observer que le procédé de M. Bonnet lui semble supérieur à tout autre, tant par la facilité et la promptitude de son exécution, que parce qu'il met sûrement à l'abri de tout danger. Il renvoie d'ailleurs au travail publié par M. Bonnet, dans la *Gazette médicale de Lyon*, année 1849.

Traitement du varicocèle par les caustiques.

De la cure des varices et des hémorrhoïdes à celle du varicocèle, il n'y avait qu'un pas, et ce pas c'est M. Bonnet, dit l'auteur, qui l'a franchi le premier. Pour démontrer la supériorité de cette méthode sur celle de M. Vidal de Cassis, c'est-à-dire sur celle de l'enroulement, l'auteur emprunte au mémoire de M. Bonnet, publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, le parallèle de ces deux méthodes, dans lequel il observe que, si ces procédés déterminent l'un et l'autre l'ascension du testicule et l'oblitération des veines, la cautérisation arrive à ce résultat plus promptement et sans aucun accident fâcheux; que l'enroulement, au contraire, qui n'est qu'un mode particulier de la ligature, expose aux mêmes dangers que cette dernière; que la moyenne du traitement est plus longue, la guérison moins solide et probablement moins complète. En effet, poursuit M. Bonnet, M. Vidal n'entre dans aucun détail à cet égard, tandis qu'il a, lui, revu tous ses opérés longtemps après leur sortie, et que chez aucun il n'a constaté ni gonflement des veines, ni le moindre ves-

tige de douleurs qui accompagnent le varicocèle. L'interruption dans la continuité du vaisseau, démontrée par l'aspect de l'escharre quand on opère par la cautérisation, rend d'ailleurs toute récidive impossible, à moins qu'une des veines n'ait échappé au caustique.

A ces faits qui lui sont propres, M. Bonnet en ajoute six autres appartenant à M. Rigaud, de Strasbourg, quoique ce dernier se soit servi de la pâte de Vienne, bien inférieure, selon lui, au chlorure de zinc, par son mode d'action sur le sang et par la lenteur du travail réparateur qui lui succède, et que, d'autre part, le procédé mixte du chirurgien de Strasbourg, qui ne cautérise les veines qu'après avoir divisé les téguments avec l'instrument tranchant, rende les suites de l'opération moins sûres.

La supériorité de la cautérisation est trop évidente pour la discuter; mais cette méthode n'est pas non plus exempte de tout reproche; car, de l'aveu de M. Bonnet lui-même, quelque veine peut échapper au caustique et amener la récidive du mal. Sous ce rapport donc, le procédé employé par M. Rigaud peut avoir ses avantages : ici le chirurgien opère à ciel ouvert, et, pour peu qu'il possède d'habileté, il enlevera, à coup sûr, toute chance de récidive. Si nous avions cette opération à pratiquer, ce serait probablement à cette méthode que nous donnerions la préférence ; nous substituerions la pâte de Canquoin au caustique de Vienne, et, pour transformer la plaie mixte en plaie uniforme, nous ferions porter, pendant quelques heures seulement, le caustique sur les lèvres de la division produite par l'instrument tranchant.

Traitement des tumeurs érectiles par la cautérisation.

Dans ce genre d'affections, où l'inutilité de la compression est démontrée, la ligature des vaisseaux le plus souvent impossible et presque toujours insuffisante; on a imaginé différents moyens de produire une inflammation adhésive, tels que séton, introduction d'épingles ou de fils nombreux laissés à demeure, injections irritantes, qui ont réussi quelquefois momentanément dans quelques cas de tumeurs superficielles et peu étendues; mais qui souvent ont été cause d'accidents graves et de phlébites mortelles. Dans d'autres conditions, l'emploi de ces moyens est inutile s'il n'est pas dangereux. Quant à la ligature en masse ou par fragments, elle n'est applicable qu'à certains cas particuliers et souvent elle donne lieu, suivant l'auteur, à des symptômes de résorption. L'ablation totale de la tumeur par l'instrument tranchant expose, d'autre part, à des hémorrhagies mortelles; mais la cautérisation à l'aide du chlorure de zinc met à l'abri de tout danger. L'auteur fait observer que si une application ne suffit pas pour enlever toute trace de tissus altérés, on y parvient par plusieurs applications, et que toute récidive devient par là impossible.

Deux observations choisies dans un grand nombre d'autres appartenant à la pratique de M. Bonnet, démontrent tout le parti que l'on peut retirer de cette méthode dans des circonstances où toutes les autres eussent infailliblement échoué. Mais l'art possède des ressources moins extrêmes pour les cas moins graves; ainsi, dans les tumeurs superficielles, surtout quand elles sont exposées à la vue, nous n'ésiterions certainement pas à recourir au cautère actuel appliqué à l'aide de pointes aiguës. Ce moyen, fort doux comparé à l'action du chlorure de zinc, peut, dans de telles conditions, procurer des guérisons durables, sans exposer aux dangers mentionnés ci-dessus, et sans donner lieu à des cicatrices toujours disgracieuses.

Traitement de la hernie irréductible de l'épiploon par la cautérisation.

Ce travail est dû à M. Desgranges, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Cet auteur fait d'abord remarquer que l'initiative de cette nouvelle application du caustique appartient à M. Bonnet et qu'elle résulte d'une série d'observations établissant l'innocuité frappante des plaies, par les caustiques, comparées à celles que font les instruments tranchants. Il cite plusieurs publications de son collègue dans lesquelles ce dernier démontre ce point important de chirurgie pratique; mais les succès qu'il a obtenus par la cautérisation directe des plaies ou transcurrentes des vaisseaux dans la phlébite consécutive, l'érysipèle traumatique, la résorption purulente, et la possibilité de détruire des kystes volumineux de la glande thyroïde, sans faire courir aucun péril au malade, l'ont surtout déterminé, dit M. Desgranges, à appliquer cette méthode à l'épiplocèle. Après ce préambule, l'auteur expose le procédé à suivre pour pratiquer cette opération. Il diffère suivant que la masse épiploïque est libre de toute adhérence, ou adhérente par des points d'attache qu'on ne peut diviser, ou collée à la plaie de telle manière qu'on ne peut la détacher sans danger. Si nous avons bien saisi la pensée de M. Desgranges, nous croyons être en droit d'ajouter que, dans ce dernier cas, il faut, ou renoncer à cette

[illegible] l'appliquer qu'a-vec une grande réserve, de crainte que la lame du mésentère ne recouvre une anse intestinale. Au surplus, il conseille, dans le but d'abréger l'opération, d'exciser d'abord les parties exubérantes de la hernie, après en avoir pratiqué la ligature totale ou partielle, de crainte que le sang ne délaie et n'affaiblisse le caustique et ne l'entraîne dans la cavité péritonéale.

Il résume ensuite cette méthode dans les propositions suivantes :

1° Faire tous ses efforts pour détacher l'épiploon de la plaie, l'étaler et le mettre entre deux couches de caustique, afin de gagner du temps;

2° A chaque pansement, c'est-à-dire toutes les 24 heures, en exciser les parties mortifiées jusqu'à ce qu'on arrive sur le vif;

3° Renouveler les applications de caustique et les excisions jusqu'à ce que tout soit détruit;

4° Épargner le fond et les bords de la plaie, hors les cas de gangrène de fragments épiploïques adhérents ou de suppuration fétide, et abréger alors la durée des cautérisations, pour ne pas entamer les parois abdominales;

5° Laisser à la nature le soin d'éliminer la dernière escharre en totalité;

6° Ne jamais perdre de vue qu'une application de caustique donne, en 24 heures, une escharre de 4 à 6 millimètres d'épaisseur.

Outre ces règles qui concernent spécialement la hernie ombilicale dans laquelle la position dorsale suffit généralement pour maintenir les intestins, l'auteur indique les précautions à prendre, dans les cas de hernies crurale et inguinale, pour éviter la lésion du cordon spermatique, des vaisseaux fémoraux et une nouvelle issue d'intestins.

Passant ensuite à l'application des règles qu'il vient de poser, M. Desgranges rapporte six observations inédites de hernies épiploïques opérées avec un succès complet. Une d'entre elles lui appartient; les cinq autres sont du professeur Bonnet. M. Desgranges se borne à mentionner deux autres cas dans lesquels cette méthode a également réussi.

Ainsi donc, Messieurs, dans cette grave opération où la mort est la règle et le succès l'exception, lorsqu'elle est faite par l'instrument tranchant, nous ne trouvons plus que des succès par l'emploi du caustique. Ce résultat est d'autant plus frappant que quelques-uns des opérés se trouvaient dans des conditions défavorables d'âge et de santé, que plusieurs cas étaient d'une extrême gravité et ont nécessité d'énormes pertes de substance. Chez un de ces malades, le cordon spermatique a dû être sacrifié, chez un autre, le testicule lui-même, et cependant aucun accident fâcheux n'est venu entraver la guérison, et la durée moyenne du traitement n'a été que d'environ six semaines. De pareils résultats justifient surabondamment l'initiative prise par l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon; ils sont appelés, si nous ne nous trompons, à exercer une grande influence sur la pratique de la chirurgie.

L'auteur fait observer que la douleur produite par la cautérisation de l'épiploon est peu intense, ce qui dépend, selon lui, de l'absence des nerfs rachidiens dans cet organe.

Du traitement de la tumeur fongueuse de la dure-mère par la cautérisation.

Il ne s'agit ici que d'une simple observation de tumeur occupant la région occipitale, à base non circonscrite, arrondie, molle; présentant à la main de légères pulsations, à l'oreille un léger bruissement; la pression ne diminue pas son volume, ne la fait pas rentrer dans la cavité crânienne et ne détermine pas d'accident nerveux (au moins l'auteur n'en parle pas); mais cette exploration fait reconnaître un rebord osseux entourant la tumeur. Celle-ci n'a jamais causé de vives douleurs. Une première ponction ne donne lieu à aucun résultat, une seconde détermine une hémorrhagie facilement arrêtée. Les téguments sont sains.

Est-ce bien là un fongus de la dure-mère? Cela nous paraît douteux; cet ensemble de symptômes se rapporte aussi bien, si ce n'est mieux, à une tumeur érectile qu'à un fongus. Si l'on allègue la perte de substance de l'os qui ne peut avoir été produite que par une tumeur fongueuse, nous répondrons que le chlorure de zinc n'attaque pas que les parties molles, et que, dans certains états pathologiques au moins, il cautérise et perfore la substance osseuse elle-même. Il est bien vrai que l'observation ne mentionne pas l'escharrification de l'os et que, si elle avait eu lieu, l'auteur l'eût vraisemblablement reconnue et mentionnée.

Quoi qu'il en soit, la pâte de Canquoin mit à nu, après cinq cautérisations successives, la dure-mère recouverte de bourgeons charnus. Le doigt posé sur cette membrane percevait les mouvements du cerveau. Les choses marchèrent si rapidement, que la cicatrisation était complète le 76e jour. Deux mois plus tard, la guérison se maintenait et l'ouverture osseuse commençait à se rétrécir.

Traitement du testicule tuberculeux par les caustiques.

C'est dans les différentes formes de l'affection scrofuleuse, dit l'auteur, que le chlorure de zinc donne les résultats les plus avantageux. Il remplit deux indications distinctes :

1° Détruire les tissus altérés ;

2° Imprimer aux parties sous-jacentes un degré de vitalité qui en accélère la cicatrisation, toujours si difficile à obtenir dans ce genre d'affections.

Les glandes tuberculeuses superficielles, les trajets fistuleux anciens, les ulcérations fongueuses, les décollements de la peau, les caries superficielles, réclament surtout son emploi. Une légère cautérisation, ajoute l'auteur, suffit ordinairement pour déterminer une réaction locale salutaire; mais dans d'autres circonstances, il faut parfois agir avec énergie.

A l'appui de ces considérations, il rapporte une observation empruntée à M. Bonnet d'un engorgement tuberculeux du testicule, du volume du poing, dur, bosselé, fluctuant et présentant trois trajets fistuleux d'où s'échappait un pus grumeleux, traité par le chlorure de zinc. L'introduction du caustique dans les fistules, renouvelée à trois reprises après la chute de la mortification, amena la destruction de la tumeur, et la guérison était complète au 45e jour.

Nous voyons ici le chirurgien bien moins préoccupé de l'élégance et de la promptitude du procédé que du véritable but de l'opération. C'est là, Messieurs, un des caractères et nous dirons une des gloires de la chirurgie moderne; de faire taire toute autre considération en présence de l'intérêt du malade. Certes, l'instrument tranchant eût été bien plus expéditif, il eût mis bien autrement en relief le talent de l'opérateur, il eût abrégé les souffrances et la durée du traitement ; mais cette méthode lui offrait-elle les mêmes chances de succès pour l'avenir?

Traitement des kystes du poignet par la cautérisation.

Nous savons à quels accidents exposent les opérations pratiquées sur les kystes du poignet; nous savons que les incisions, les sétons et jusqu'aux simples ponctions donnent parfois lieu à des suites funestes, même dans des mains habiles, de telle sorte que la plupart des chirurgiens n'y portent plus l'instrument. Eh bien! dans ce cas encore, le caustique a trouvé une heureuse application. Il est vrai que l'essai n'en a été tenté que deux fois jusqu'ici; mais les résultats obtenus sont dignes d'attention. Les deux observations offrent cette particularité inattendue, qu'à la chute de l'escarrhe qui n'occupait que la partie sus-annulaire du kyste, on trouva le liquide épanché transformé en substance organisable, de sorte que la plaie, au lieu d'être profonde et suppurante, comme on devait s'y attendre, était superficielle et reposait sur un fond de nouvelle formation qui amena une prompte cicatrisation. Cependant, la matière ainsi modifiée présentait, avant l'application du caustique, cette fluctuation accompagnée de froissements propres aux concrétions albumineuses. L'auteur ajoute que la plus grande partie de cette masse avait déjà été résorbée deux mois après l'opération, à l'époque où les sujets sont sortis de l'hôpital.

De la cautérisation du col de l'utérus avec la pâte de Canquoin.

L'application de la pâte de Canquoin aux ulcères atoniques ne détermine pas seulement une prompte cicatrisation, elle amène encore la résolution des engorgements sur lesquels ils sont placés. Les plaies résultant de la destruction des tumeurs cancéreuses, par le chlorure de zinc, guérissent également avec une rapidité remarquable.

M. Canquoin, appliquant ces données aux affections cancéreuses de la matrice, n'en a pas tiré tout le parti qu'il eût pu en obtenir. Au lieu d'employer, dit l'auteur, le caustique selon sa méthode ordinaire, il s'est borné à des cautérisations superficielles et momentanées avec une solution de chlorure de zinc dans l'acide nitrique, telles qu'on les pratique avec le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent. Aussi ces essais ne répondirent-ils point, selon lui, à l'attente de ce médecin.

Il était encore réservé, poursuit-il, à M. Bonnet de combler cette lacune, et son plan, médité depuis plusieurs années, fut enfin mis à exécution en 1846, sur une personne atteinte d'une tumeur cancéreuse à la matrice. Cette tumeur, de nature fongueuse et d'un volume considérable, donnait lieu à d'abondantes pertes de sang chaque fois que la malade quittait le lit.

La cautérisation fut pratiquée à l'aide d'un spéculum court appuyé sur la tumeur et fixé dans cette position au moyen d'un bandage muni d'un ressort articulé. Une rondelle de sparadrap caustique, introduite dans le spéculum et recouverte de coton, fut mise en contact avec la partie saillante du col. Cette application dura

48 heures. Elle fut renouvelée une dixaine de fois après la chute de chaque escharre. On parvint ainsi, au bout de deux mois, à détruire complétement la tumeur, et la malade put se promener sans douleur et sans aucun accident. Mais après quelques mois d'une guérison apparente, le mal se reproduisit, et elle finit par succomber.

Nous croyons devoir vous faire remarquer ici, Messieurs, que c'est à tort que l'auteur du mémoire attribue à M. Bonnet l'idée d'appliquer aux cancers de l'utérus la pâte de chlorure de zinc. Cette idée appartient à M. Canquoin, lequel, il est vrai, ne paraît pas l'avoir mise à exécution. Quant aux résultats qu'il obtint par la solution de chlorure de zinc dans l'acide nitrique, M. Canquoin ne les présente point non plus comme aussi incomplets que notre auteur nous les donne; mais, nous devons le soutenir, il nous semble qu'un bon nombre des cas auxquels M. Canquoin a appliqué cette méthode ne méritait pas la qualification qu'il leur a donnée.

M. le docteur Floret, de Lyon, a apporté au procédé de M. Bonnet des modifications importantes que celui-ci n'a pas hésité à adopter. Les instruments dont il se sert, sont :

1° Un spéculum en maillechort d'une seule pièce, muni de deux anneaux à son extrémité externe;

2° Une ceinture embrassant le bassin, d'où partent deux chevillères d'un centimètre de largeur sur 30 de longueur;

3° Un support pour le chlorure de zinc, composé d'une rondelle en bois de deux centimètres de diamètre; d'une tige qui la supporte, de la longueur du spéculum; d'une plaque de liége, s'adaptant solidement à son orifice externe;

4° Un autre support, dont la rondelle en bois, de forme conique et d'un demi-centimètre de diamètre à son extrémité libre, est destinée à porter le caustique, dont elle est couverte dans le col, et à cautériser de dedans en dehors.

L'on comprend l'usage de ces diverses pièces dont l'auteur donne une description complète à l'aide du dessin. Ces appareils ont d'ailleurs beaucoup d'analogie avec celui dont se sert notre collègue, M. Thiry (1), pour la cautérisation du col de l'utérus à l'aide de la pâte de Vienne.

La durée de l'application varie de deux à douze heures, selon que l'on a affaire à des ulcérations superficielles ou à un engorgement cancéreux. Le retrait de l'appareil exige quelques précautions que l'auteur indique.

Il résume ainsi le jugement de M. Bonnet sur les résultats immédiats de cette méthode :

1° La cautérisation enlève toute la partie cancéreuse aussi sûrement et avec beaucoup moins de danger pour l'opéré que l'instrument tranchant;

2° Quoique la douleur soit intense et dure aussi longtemps que l'application du caustique, elle ne donne lieu qu'à une réaction générale faible;

3° Elle arrête à coup sûr et complétement les hémorrhagies aussi longtemps au moins que l'escharre ne se détache pas;

4° Elle n'empêche pas le retour du cancer, qui se reproduit ordinairement à l'utérus comme ailleurs.

Mais le chlorure de zinc, d'une utilité secondaire dans les affections cancéreuses, offre de grands avantages dans les engorgements chroniques de la matrice, avec maux de reins, époques douloureuses, etc. Toutefois, il a été nécessaire, pour obtenir un succès complet, d'associer à ce moyen d'autres méthodes thérapeutiques, telles que l'hydrothérapie, les bains de rivière. Il importe donc, ajoute ce chirurgien, de ne point se borner à la cautérisation et de faire marcher ces méthodes de front.

Telle est, Messieurs, la manière de voir d'un homme bien compétent et qui a fait un fréquent usage du chlorure de zinc dans les affections cancéreuses. N'avions-nous pas lieu de nous étonner après cela, qu'en présence de résultats aussi peu encourageants, l'auteur ait proposé de substituer ce caustique à la poudre arsenicale, à laquelle il a reconnu lui-même implicitement des propriétés spéciales contre ce genre d'affections. Nous ne pouvons nous expliquer cette contradiction apparente que par la précipitation avec laquelle il a dû rédiger son Mémoire. Mais s'il est vrai que l'arsenic jouisse de propriétés spéciales, pourquoi ne l'appliquerait-on pas aussi bien au cancer de l'utérus qu'à tout autre? Nous ne voyons, pour notre part, ni dans la vitalité, ni dans la sensibilité de cet organe rien qui s'oppose à cette tentative. M. Serré, dans le Mémoire mentionné plus haut, conseille formellement l'emploi de l'arsenic dans ce cas, et il propose de l'introduire, sous forme de trochisques, par de petites incisions pratiquées dans le tissu cancéreux.

De la cautérisation sous-cutanée en général et de ses applications à la thérapeutique.

La cautérisation sous-cutanée réunit,

(1) [illegible] *sur les granulations*. Brux., 1852.

dit l'auteur, les avantages de la cautérisation et des plaies sous-cutanées. Il rappelle en peu de mots les données que la science possédait à cet endroit avant les essais de M. Bonnet; il indique ce que celui-ci a fait pour en généraliser l'application, soit comme agent caustique, soit à titre de révulsif appliqué sur les parties saines, en appréciant de prime abord toute la portée et toute l'utilité pratique de ces moyens. Le fait suivant, ajoute-t-il, est venu réaliser en partie ces prévisions: Une tumeur scrofuleuse du col, d'un volume considérable, était traitée depuis trois mois par l'emploi du séton ordinaire. Ce moyen avait déterminé une suppuration abondante et fétide sans diminuer la tumeur. M. Bonnet lui substitua le séton caustique, et après une série de cautérisations successives, la tumeur se trouva réduite, au bout de deux à trois mois, à un moignon imperceptible. La cicatrice qui en résulta était à peine apparente.

Le procédé opératoire de ce chirurgien diffère peu de celui que nous avons vu appliquer au traitement des kystes thyroïdes; c'est, en un mot, le même manuel que pour le séton ordinaire que l'on enduit préalablement de pâte caustique. Il est nécessaire que la mèche, à laquelle il donne cinq à six millimètres de diamètre, ait un peu plus de longueur que le trajet qu'on veut lui faire parcourir. On assujettit le caustique par des fils de coton qui dépassent le séton de 15 à 20 centimètres. On peut, pour obtenir un diamètre plus uniforme, passer préalablement le séton par une filière. La largeur de l'aiguille sera nécessairement en rapport avec ce diamètre; cependant une mèche de six millimètres de diamètre ou de dix-huit de surface peut, en raison de l'élasticité des tissus, pénétrer par une plaie de seize millimètres de surface.

Après cette description, l'auteur expose de nouveau les phénomènes chimiques et physiologiques déterminés par le chlorure de zinc, que nous croyons inutile de rappeler ici. Nous ferons seulement remarquer ce fait qu'il dit avoir observé, à savoir, que pendant les cinq à six premiers jours de l'application, la vivacité de la douleur produite par le caustique exaspère les douleurs que l'on a en vue de combattre, si le séton est rapproché du siége du mal, dans les cas, par exemple, où on le place à la nuque pour de violents maux de tête, les douleurs oculaires, etc. La nuque, ajoute-t-il, est le lieu d'élection pour toute douleur ayant son siége à la tête; les parois de la poitrine et de l'abdomen quand elles ont leur siége au tronc.

M. Bonnet en a retiré de grands avantages:

1° Dans les troubles de la vue avec maux de tête;

2° Dans le ramollissement cérébral;

3° Dans les douleurs de ventre qui empêchent la marche chez les femmes.

Nous connaissons les indications de ce moyen comme agent caustique et destructeur.

Le rapport présenté à la Société par M. le docteur Crocq sur le travail de M. le docteur Philipeaux, de Lyon, auquel l'auteur a emprunté ce chapitre, avait depuis longtemps, Messieurs, fixé notre attention sur ce moyen thérapeutique; nous espérions pouvoir en retirer les mêmes avantages dans le traitement de la surdité nerveuse congestive (surdité nerveuse avec éréthisme de Kramer, hypochousie nerveuse idiopathique de M. Hubert Valleroux), qui présente tant d'analogie avec l'amaurose et le ramollissement cérébral. Nous n'avons pas été aussi heureux que M. Bonnet. Cela a-t-il dépendu de l'ancienneté du mal et d'une altération trop profonde de l'appareil nerveux auditif pour être modifiée par une action révulsive quelque puissante qu'elle fût? C'est ce que nous tâcherons d'éclaircir par la suite. Pour le moment, nous vous ferons remarquer que l'emploi de la cautérisation sous-cutanée exige des précautions que l'auteur n'a pas indiquées. En effet, lorsque nous retirâmes le séton le lendemain de son application, la couche de caustique dont il était enduit resta dans le trajet, et nous en enlevâmes ce que nous pûmes à l'aide de la sonde cannelée; mais il nous fut impossible d'enlever l'eschare qui présentait déjà six millimètres de profondeur au pourtour de l'ouverture. Nous crûmes que l'action du caustique était épuisée et que la mortification n'irait pas plus loin. Nous nous trompions; le troisième jour, elle avait fait de nouveaux progrès et envahi le pont tégumenteux dans un tiers à peu près de son étendue. Effrayé d'un résultat aussi imprévu, nous pratiquâmes, à l'aide d'une seringue, des injections d'eau dans le trajet, afin d'entraîner tout ce qui pouvait rester de caustique. Le jour suivant, l'eschare avait encore gagné et elle gagna ainsi jusqu'au moment où la suppuration commença. La bride était alors réduite à la largeur d'un pouce à peu près. Le travail de la suppuration acheva de la détruire, et au lieu d'une plaie sous-cutanée, nous eûmes une vaste tranchée à ciel ouvert.

Il résulte de cette observation, que les règles posées pour la cautérisation sous-

cutanées ne sont pas d'une application rigoureuse à la cautérisation sous-cutanée. En effet, pour limiter l'action du caustique avant qu'il ne se soit combiné en totalité avec les tissus, il est nécessaire d'enlever l'escharre jusqu'au vif à l'aide de l'instrument tranchant, dont on ne peut faire usage dans ce cas. Remarquons, d'un autre côté, que la perte de substance déterminée par la cautérisation, ne se borne pas aux parties immédiatement mortifiées par l'action du caustique, puisqu'elle s'accroît encore par le travail de suppuration qui s'ensuit (1).

Nous terminons ici cette analyse, Messieurs. Le Mémoire dont nous avions à vous rendre compte est un de ceux que l'on ne résume pas d'une manière générale et à grands traits; il nous a semblé que, pour vous en donner une idée suffisante et vous mettre à même de le juger en connaissance de cause, il fallait vous en présenter une analyse détaillée. Vous remarquerez d'ailleurs, que si nous avons laissé parler les faits pour nous, nous avons été, pour notre part, assez sobre d'observations. Cette méthode semblera peut-être peu scientifique et peu conforme aux usages académiques; mais elle a pour nous un grand avantage dans les circonstances où nous nous trouvons : c'est que faisant, en quelque sorte, passer sous vos yeux toutes les pièces du débat, elle substitue l'appréciation commune à l'appréciation de quelques-uns, et qu'elle donne par là plus d'autorité à nos conclusions.

Il nous reste maintenant à dire un mot de ce travail envisagé au point de vue de son ensemble ou de la synthèse; c'est par là que nous terminerons notre rapport.

Le plan de l'ouvrage nous semble large, bien conçu, logique et aussi complet que l'état de la science le comporte; malheureusement son exécution laisse à désirer : nous trouvons çà et là des longueurs, des redites, parfois même un peu de confusion que l'on désirerait n'y pas rencontrer. C'est ainsi qu'après avoir suivi l'auteur dans l'énumération des propriétés des caustiques considérés d'une manière générale, nous retrouvons l'énumération des mêmes propriétés lorsqu'il étudie chacun de ces agents en particulier. Cela nous a surtout frappé, dans la première classe, relative aux alcalis, dont tous les agents jouissent de propriétés analogues, et dans la troisième, où il prend les propriétés du chlorure de zinc comme type des propriétés génériques des caustiques métalliques.

Les mêmes choses s'observent dans la seconde partie de l'ouvrage qui a trait à l'application des caustiques dans les maladies. Ici, l'auteur s'est borné à emprunter aux travaux déjà publiés ou encore inédits des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ce qui convenait à son sujet. Mais ces auteurs, qui travaillaient isolément, sans vues d'ensemble et à des époques différentes, ont dû nécessairement se rencontrer sur plusieurs points; ils ont dû mentionner les travaux antérieurs, rappeler plus ou moins sommairement la manière d'agir et le mode d'application de l'agent dont ils se sont servis, et l'on regrette de trouver ces détails répétés dans plusieurs chapitres. Ce sont là, en effet, des défauts qui nuisent à l'ensemble et à l'unité du travail; mais il est évident que le temps a manqué à l'auteur, et qu'il ne les eût pas laissés subsister, s'il lui avait été permis de revoir et de modifier son œuvre.

La partie littéraire est bien traitée; le style en est clair, facile, abondant et correct.

Au fond, c'est une œuvre de grand mérite, qui honore à la fois le concurrent et les hommes qui lui ont prêté leur concours; c'est un traité complet sur la matière, qui résume l'état de la science et agrandit le cercle de nos connaissances dans l'étude des caustiques. Nous avons déjà, en parlant de la première partie, exprimé notre opinion sur la manière vraiment remarquable dont la question scientifique y a été traitée. La seconde partie est le digne pendant de la première; elle marque un progrès réel dans la pratique chirurgicale. Nous y trouvons la démonstration de cette proposition d'une application si féconde, à savoir : qu'indépendamment des avantages dus à l'action chimique des caustiques, les *plaies produites par ces agents sont d'une innocuité frappante comparés à celles que fait l'instrument tranchant.*

Si nous ajoutons à ce fait :

(1) L'opéré qui avait pris congé de moi douze jours après l'opération, s'est représenté six semaines plus tard. La plaie n'avait plus que quatre centimètres de long sur un de large. Les bourgeons charnus, de couleur vermeille, qui la recouvraient, dépassaient à peine le niveau de la peau, et semblaient se confondre avec elle. L'ouïe, de son côté, avait évidemment gagné pour moi, quoique ce progrès fût moins manifeste pour le patient. Mais ce dont il me remerciait avec effusion, c'était de l'avoir débarrassé de ses vertiges qui, avant l'opération, étaient portés au point que la moindre inclinaison du corps en avant l'étourdissait tout à fait.

L'on voit donc que le résultat n'avait pas entièrement trompé mon attente, comme je l'ai dit plus haut; et si l'on observe que l'affection à laquelle j'avais affaire datait de plus de dix ans, on comprendra que ce succès, quelque minime qu'il puisse paraître, soit de nature à encourager pour l'avenir.

Dr D.

1° Que ce moyen n'a rien d'effrayant en lui-même et que les malades qui reculent devant une opération sanglante, dont les agents anesthésiques peuvent cependant leur épargner les angoisses, se soumettent sans crainte à l'application du caustique;

2° Que quelque violente que soit la douleur produite par la cautérisation, le patient la supporte toujours avec courage, comme un mal qui doit le conduire à la guérison, et que de plus elle peut lui permettre de reposer la nuit quand on a soin d'appliquer le caustique douze à quatorze heures auparavant;

3° Que la réaction générale qui en résulte, est rarement portée au point de troubler les grandes fonctions organiques et notamment celles de la digestion; que non-seulement le malade n'est pas tenu à garder le lit, mais qu'il lui est le plus souvent permis de circuler, et dans quelques cas même de vaquer à ses occupations;

On ne peut se refuser à admettre que cette méthode est appelée à restreindre de plus en plus l'office de l'instrument tranchant. Il en résultera sans doute, comme nous l'avons dit, que les procédés opératoires perdront de leur célérité et de leur éclat, que les cures seront en général moins promptes; mais en revanche, elles deviendront plus sûres, et, en définitive, l'art y gagnera en considération et en sécurité.

MÉMOIRE N° 1.

Ce Mémoire n'a pas d'épigraphe. Nous y remarquons d'abord cette proposition analogue à celle que nous rappelions tout à l'heure, à savoir : *que le fait principal de l'application des caustiques n'est pas la cautérisation des tissus, mais la modification qu'ils impriment à leur vitalité, modification particulière à chacun d'eux, d'où il résulte que souvent ils réussissent là où l'instrument tranchant a échoué.*

C'est, Messieurs, par l'énoncé de cette même proposition formulée à peu près dans les mêmes termes que M. Canquoin commence le chapitre III de son TRAITEMENT DU CANCER, intitulé : *Des caustiques en général*, et ce n'est pas le seul point où notre auteur se rencontre avec ce praticien éminent. C'est d'abord de part et d'autre la même classification. Le concurrent a bien introduit dans sa liste quelques caustiques qui ne se trouvent pas dans celle de M. Canquoin; il a bien un peu interverti leur ordre de progression, mais ce n'en est pas moins la même classification. Au reste, nous ne voyons rien de blâmable là dedans : il faut bien, à défaut de mieux, se servir d'une classification connue, quitte à renseigner la source d'où on l'a tirée; mais l'auteur ne nous le dit pas.

Il ne s'arrête pas là, et cet homme qui se présente comme venant *remplir une lacune qui existe dans tous les ouvrages de chirurgie*, s'empare sans façon, et avec une confiance qui nous honore infiniment, de la plus grande partie du chapitre mentionné, sans même prendre la peine de déguiser son emprunt. C'est ainsi que les paragraphes où il traite de la *potasse caustique, du caustique bi-alcalin savonneux, de l'ammoniaque liquide, du nitrate d'argent, du deuto-chlorure de mercure, des acides hydrochlorique, chlorhydronitrique, nitrique monohydraté, sulfurique, du chlorure d'or, du protonitrate acide de mercure, des préparations arsénicales, du chlorure de zinc, du chlorure d'antimoine*, ne sont, la plupart du temps, que la reproduction textuelle des paragraphes correspondants de l'ouvrage, et nous devons ajouter qu'ils n'ont rien gagné à passer par ses mains.

Mais depuis 1838, époque de la publication du livre de M. Canquoin, plusieurs caustiques ont été introduits dans la pratique, et le Mémoire en fait mention. Nous ignorons si l'auteur a puisé aussi largement aux autres sources pour terminer son travail. Nous n'en serions nullement étonné, au contraire; cependant, comme cette partie du Mémoire ne manque pas d'un certain intérêt et que, d'un autre côté, elle forme, à certains égards, le complément du Mémoire n° 2, nous allons la parcourir rapidement.

Il nous reste donc à vous entretenir de *la soude caustique, du mélange de la soude et de la potasse, de l'acide malique, du nitrate de plomb, du tartre stibié, et enfin de l'acide chromique et du bi-chromate de potasse.* Ces deux derniers ont déjà été étudiés dans le Mémoire précédent; mais nous trouvons dans celui-ci quelques particularités qui n'existent pas dans le premier, et que nous croyons utile de mentionner.

L'auteur dit avoir employé avec avantage ces deux caustiques d'une égale énergie dans le cancer et surtout dans la forme lupus; il ajoute que la durée de leur application doit être de une à quatre heures selon la nature des tissus sur lesquels on agit; mais que, chez les sujets irritables, il vaut mieux l'appliquer à l'aide d'un pinceau matin et soir. Enfin, il fait observer que ces caustiques, étendus sur de larges surfaces, peuvent produire des effets toxiques.

Soude caustique et mélange de soude et de potasse caustiques.

La première, moins active et moins déliquescente que la potasse, détermine la

même douleur. La combinaison des deux alcalis, amalgamés avec de la charpie, a, dit l'auteur, la même énergie que la pâte de Vienne, et c'est de ce mélange qu'il se servait avant la découverte de ce caustique.

Acide malique.

Déliquescent à l'air où il acquiert une consistance sirupeuse, c'est dans cet état que l'auteur fait usage de ce caustique. On l'a proposé comme succédané du nitrate acide de mercure. Il est moins énergique que ce caustique, mais en revanche il ne partage pas ses inconvénients. L'auteur en conseille l'emploi dans les ulcérations intra et extra utérines. La douleur qu'il produit est pénétrante mais passagère. L'escharre se détache du 8e au 10e jour.

Nitrate de plomb.

Agent caustique et styptique à la fois; coulé sous forme de crayon, il sert à réprimer les bourgeons charnus chez les sujets lymphatiques et irritables qui ne supportent pas les autres caustiques, et notamment dans les cautérisations intra-utérines, les fissures à l'anus, les ulcères chroniques. Taillé en pointe fine, l'auteur l'a appliqué avec succès à la cautérisation successive des granulations de la conjonctive. Pour calmer la cuisson qui en résulte, il suffit d'une compresse d'eau froide laissée à demeure pendant trente minutes. Le nitrate de plomb réduit en poudre fine, et mélangé avec parties égales de sucre pulvérisé, lui a réussi dans l'ozène. La dose est d'une prise par jour. Il ne produit qu'une très-faible douleur. Les eaux-mères résultant de la préparation de ce sel sont encore, selon l'auteur, un excellent cathérétique qu'il applique à l'aide de la charpie sur les larges ulcérations.

Tartre stibié.

L'auteur dit avoir fait usage de ce sel sous forme pulvérulente ou en dissolution dans cent parties d'eau, à titre de caustique. Vingt-quatre à quarante-huit heures d'application produisent, selon lui, une escharre de trois à quatre lignes d'épaisseur, et il le recommande comme un agent sûr et excellent pour réprimer les chairs exubérantes. Il regarde encore la solution de deux grammes de ce sel dans cinq cents grammes d'alcool comme un puissant résolutif.

Nous avons voulu vérifier ces assertions.

Une couche de tartre stibié pulvérisé, de trois à quatre millimètres d'épaisseur, fut appliquée, pendant 24 heures, sur un ulcère blafard et indolent de la jambe, que l'on recouvrit ensuite d'une compresse maintenue à l'aide d'une bande. La douleur, peu marquée d'abord, ne tarda pas à devenir vive et brûlante, avec élancements dans le membre, pour se calmer et se dissiper treize à quatorze heures après. Le lendemain, nous trouvâmes la plaie sèche et un peu plus animée, sans le moindre indice d'escharre. Le sel, à demi fondu par l'exsudation séreuse, s'était imbibé dans la compresse superposée, laquelle, en se desséchant, était devenue raide comme du carton. La partie répondant à l'ulcère était seule légèrement humectée. Grâce à cette dessiccation sans doute, le sel porté par l'exsudation au delà des limites de l'ulcère, n'y avait exercé aucune action.

Après avoir lavé la plaie, on la recouvrit de charpie sèche et d'une bande roulée, et l'appareil ne fut levé que le surlendemain, c'est-à-dire le quatrième jour après l'application. La charpie était alors fortement adhérente à la surface de l'ulcère : il fallut l'enlever de force. Un liquide sanguinolent s'échappa pendant cette opération, et nous trouvâmes l'ulcère recouvert d'une couche noirâtre que nous prîmes d'abord pour du sang caillé, mais que nous essayâmes en vain de détacher à l'aide de l'éponge. Il fut recouvert d'un gâteau de charpie cératé. Vingt-quatre heures après, la couche avait changé d'aspect, elle était devenue d'un blanc jaunâtre, molle, résistante et fortement adhérente à la plaie. C'était une escharre de deux lignes environ d'épaisseur, siégeant sur un fond légèrement violacé, sans autre symptôme de réaction locale.

Nous continuâmes le même pansement pendant quelques jours encore et la plaie n'a pas changé d'aspect. Nous substituâmes au cérat les applications de teinture de myrrhe et de teinture d'iode, additionnées de deux tiers d'eau, sans activer notablement le travail d'élimination : l'escharre ne tomba que le 23e jour, laissant à nu une plaie pâle et suppurante qui n'était pas encore en voie de cicatrisation sept jours plus tard, époque où le malade quittait l'infirmerie. Il faut observer toutefois que l'ulcère, placée au-dessus de la malléole externe, se trouvait dans une position peu favorable à la cicatrisation.

En recherchant les causes de l'action caustique du tartre stibié, nous la trouverons, avec M. Mialhe, dans la combinaison de l'antimoine de ce sel avec le chlore qu'il rencontre dans les tissus. Il en résulte un chlorure d'antimoine, et la potasse, dégagée de la combinaison, agit de son côté comme les caustiques alcalins. De là, sans doute, cette liquéfaction du sang

qui s'est échappé en levant l'appareil, car l'action du chlorure d'antimoine sur ce liquide est éminemment plastique.

Nous avons employé à plusieurs reprises l'alcool stibié comme agent résolutif, et nous n'avons pas trouvé que ce mélange — car ce sel ne se dissout point dans l'alcool, comme le dit l'auteur — fût plus résolutif que l'alcool pur. Ce qui a pu, selon nous, donner le change à cet égard, c'est que parfois il détermine une légère éruption papuleuse, dont l'action révulsive, jointe à l'action résolutive de l'alcool peut, dans certaines circonstances, produire des effets plus marqués que ce liquide seul.

Ici se borne, Messieurs, ce que nous avions à dire au sujet de ce Mémoire. Vous avez déjà compris que la classification adoptée par l'auteur est essentiellement vicieuse, d'abord parce qu'elle n'est nullement pratique, et ensuite parce qu'elle laisse trop à l'arbitraire. Ceci est tellement vrai que l'ordre de progression qu'il adopte diffère, en beaucoup de points, de celui de M. Canquoin. Et puis, dans cette classification où les composés similaires sont relégués dans des divisions différentes, — car l'auteur établit des divisions, — où les substances les plus différentes par leur composition chimique se trouvent réunies, nous ne voyons pas quelle indication l'on peut déduire, pas plus de l'étude du genre que de l'action particulière de chaque agent; aussi l'auteur n'en déduit-il aucune : il se borne à rappeler les caractères physiques des escharres et les circonstances qui réclament l'emploi de tel et tel caustique; il mentionne, comme par accident, l'état de fluidité ou de plasticité du sang, sans chercher à remonter à sa source; ou bien s'il la recherche, c'est pour répéter, avec M. Canquoin, que l'hémorrhagie produite par la potasse est due à l'érosion des vaisseaux.

Enfin, Messieurs, sous quelque rapport que nous envisagions ce travail, nous n'y trouvons ni originalité, ni méthode, ni aucun autre mérite qui le recommande à vos suffrages.

Nous concluons donc de ce qui précède :

1° Que le Mémoire N° 1 n'a droit à aucun encouragement;

2° Que le Mémoire N° 2 remplit toutes les conditions exigées par le programme.

Nous vous proposons en conséquence :

De décerner le prix à l'auteur du Mémoire N° 2, et d'inscrire son nom sur la liste des membres correspondants, s'il ne l'est déjà ;

De déférer à MM. les professeurs Bonnet et Desgranges, ainsi qu'à M. Ferrant, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui ont pris une part plus ou moins directe à la collaboration de ce travail, aux deux premiers le titre de membre honoraire, et au troisième celui de membre correspondant de la Société.

De renvoyer le Mémoire au Comité de publication, pour que ce dernier lui fasse subir quelques modifications indispensables avant d'être livré à l'impression.

ERRATUM. — Page 565, ligne 53, il est dit, à propos du *Nitrate acide de mercure:* Il n'entame la peau que dépourvue d'épiderme; *lisez:* Il entame la peau non dépourvue d'épiderme.

L'heure étant trop avancée pour ouvrir la discussion sur ce long et intéressant rapport, et la Société se trouvant d'ailleurs suffisamment éclairée par l'analyse détaillée présentée par la Commission, elle passe immédiatement au vote sur les conclusions, qui sont adoptées à l'unanimité.

En conséquence, le Président ouvre le billet annexé au Mémoire n° 2, et proclame lauréat du concours M. le docteur Raymond Philipeaux, membre correspondant, à Lyon. — Il proclame ensuite, comme membres honoraires de la Société, M. le docteur Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné du même hôpital (1), et comme membre correspondant, M. Ferrant, pharmacien en chef du même hôpital.

La Société vote ensuite des remercîments à M. le docteur Delstanche, pour le savant et consciencieux rapport qu'il vient de faire, et décide que ce rapport sera imprimé.

Quant au Mémoire couronné, dont le rapport a réellement donné toute la substance, il est renvoyé au Comité de publication, qui aura à décider si, vu l'étendue de ce travail, il y a possibilité ou non de l'imprimer dans le *Journal* de la Compagnie.

(1) M. Desgranges était déjà membre correspondant de la Société, depuis le 6 décembre 1824.

IV. VARIÉTÉS.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉDUCTION DES HERNIES ; par M. le professeur SEUTIN.

L'illustre professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles, vient d'enrichir la chirurgie d'un nouveau procédé pour la réduction des hernies. Ce

procédé va encore diminuer le domaine de la médecine opératoire que M. Seutin a déjà resserré dans de si étroites limites. Ce procédé est des plus simples et des plus inoffensifs; il consiste dans la rupture de l'anneau fibreux déterminant l'étranglement, à l'aide du doigt indicateur introduit dans l'anneau inguinal. C'est à partir de 1840 que M. Seutin a fait usage de ce procédé dans un cas dont l'observation a été publiée dans ce journal; depuis il l'a répété plusieurs fois et toujours avec un succès constant. Le 31 mars dernier, il l'a pratiqué sur un voiturier atteint de hernie inguinale étranglée, et le succès le plus complet, nonobstant les conditions défavorables du malade, est venu couronner cette tentative. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre ne s'est pas borné à cette démonstration purement pratique; il a encore, en présence de M. Lombard, de Liége, et de plusieurs praticiens, démontré sur le cadre comment cette rupture pouvait s'opérer, et cela avec la plus grande facilité. Désormais l'opération de la kélotomie va devenir une rare exception; espérons que sous peu notre savant confrère publiera, sur ce procédé, un mémoire appuyé sur des faits, qui en généralisera l'application dans le monde médical. (*La Presse médicale belge.*)

La *Pharmacopée belge*, si longtemps attendue, est terminée; elle peut paraître aussitôt que M. le Ministre voudra bien en donner l'ordre. Mais le texte latin seul ayant été imprimé et la traduction française n'étant pas encore prête, il a été question, à ce qu'on nous a assurés, de différer la mise en vente du texte latin jusqu'à ce que la traduction française pût être également offerte au public. Dieu sait jusqu'où nous conduirait l'attente de cette traduction! Si nous sommes bien informé, M. le Ministre de l'intérieur, désirant aller au-devant des justes réclamations et de l'impatience du corps médical, serait disposé à autoriser la vente immédiate du texte latin et cette mesure recevrait son exécution sous peu de jours. Espérons et attendons!

PRIX PROPOSÉS :

La *Société de médecine de Lyon* met au concours la question suivante : « Déterminer l'influence que les récentes découvertes chimiques et physiologiques, relatives aux fonctions des organes digestifs, doivent exercer sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de ces organes. »

Le prix est une médaille d'or de 300 fr. — Il sera décerné dans la séance publique de janvier 1856. — Les mémoires écrits en français, seront adressés sous la forme ordinaire, et *francs de port*, avant le 1er août 1855, à M. le docteur Diday, secrétaire général, rue des Célestins, 5, à Lyon.

NÉCROLOGIE.

— La Société des sciences méd. et naturelles de Bruxelles vient de perdre un de ses membres correspondants les plus distingués, M. le docteur Desalleurs, de Rouen, qui avait été élu le 5 septembre 1836. Il était secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de Rouen, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, professeur de clinique médicale, etc.

— M. le docteur Duval, membre de l'Académie de médecine de Paris, beau-père du professeur Marjolin, est mort en cette ville à l'âge de 96 ans.

— La même Académie vient de perdre encore deux de ses membres correspondants, M. le docteur Mougeat, à Lorient, et Vidal, père, à Bayonne.

— M. Alphonse Cambrelin, docteur en médecine, agrégé à l'Université de Gand, est décédé à Namur, à l'âge de 36 ans.

— M. le docteur Marchal, ancien député, chirurgien en chef des hospices de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de 78 ans.

— M. le docteur De Fischer de Waldheim, conseiller d'État au service de Russie, vice-président de l'Académie impériale de médecine, directeur des Musées et de la Société imp. des Curieux de la Nature de Moscou, est mort il y a peu de temps dans un âge avancé.

— Au moment de mettre sous presse la dernière forme nous apprenons la mort de M. F. M. Verbert, un des doyens de la pharmacie belge, professeur de chimie et de botanique à l'école de pharmacie d'Anvers, pharmacien en chef de l'hôpital Sainte-Élisabeth, et président honoraire de la Société de pharmacie. Il est mort, le 28 mai, dans un âge très-avancé. Son diplôme datait du 29 thermidor an IX.

FIN DU DIX-HUITIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS CE VOLUME.

A

V

W

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.